



HAL
open science

Quand le corps prend forme : approche psychomotrice auprès du bébé hospitalisé

Clara Girolimetto

► **To cite this version:**

Clara Girolimetto. Quand le corps prend forme : approche psychomotrice auprès du bébé hospitalisé. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01340456

HAL Id: dumas-01340456

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340456v1>

Submitted on 1 Jul 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

Quand le corps prend forme

Approche psychomotrice auprès du bébé hospitalisé

GIROLIMETTO Clara

Née le 1^{er} mars 1991 à NANTES

Directeur de Mémoire : Mme BRISSAUD Moïra

Mai 2016

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement Moïra Brissaud, psychomotricienne en néonatalogie et réanimation pédiatrique, pour m'avoir donné les appuis nécessaires pour réaliser ce mémoire, pour ses précieux conseils, sa disponibilité et son écoute.

Merci à toute l'équipe de néonatalogie et de réanimation pédiatrique qui m'ont permis de participer aux soins et qui ont répondu à mes interrogations.

Merci aux bébés et aux parents que j'ai rencontrés tout au long de cette année, pour votre courage incroyable, et avec qui j'ai énormément appris.

Merci à tous les psychomotriciens qui m'ont guidée et conseillée tout au long de ces deux années d'études pour leur bienveillance, leurs partages, leurs transmissions de leur savoir-faire et de leur savoir-être.

Merci à mes amis de promotions et futurs collègues pour leurs soutiens et tous les moments passés ensemble au cours de ces deux années.

Je remercie toute ma famille, mon ami, mes amis, et surtout mes parents sans qui je n'en serai pas là aujourd'hui. Merci de m'avoir soutenue, portée et accompagnée dans mes études malgré la distance.

Enfin, un grand merci à toi Eve, pour tes talents de dessinatrice.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
INTRODUCTION.....	4

PARTIE I **LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR : DE L'ORGANISME AU CORPS**

I) Le corps neuromoteur : l'organisme.....	7
II) Le corps en relation.....	21

PARTIE II **LE BEBE A L'HOPITAL**

I) Les services hospitaliers pédiatriques	34
II) Pourquoi une hospitalisation ?.....	37
III) Les conditions d'hospitalisation.....	41
IV) Réflexion des soins du bébé hospitalisé.....	47
V) La prise en compte du positionnement du corps de l'enfant hospitalisé.....	52

PARTIE III **LA POSTURE DU PSYCHOMOTRICIEN AU SEIN DES SERVICES PEDIATRIQUES**

I) Auprès du bébé vulnérable et de sa famille.....	62
II) Auprès des parents.....	78
III) Auprès des soignants.....	83
CONCLUSION.....	87
TABLE DES MATIERES.....	91
BIBLIOGRAPHIE.....	91
GLOSSAIRE.....	94

INTRODUCTION

J'ai choisi de réaliser mon stage de troisième année en milieu hospitalier, au sein des services de néonatalogie et de réanimation pédiatrique. L'intérêt que je porte à la périnatalité est né avec une première expérience professionnelle qui s'est enrichie par deux années d'études à l'institut de formation en psychomotricité.

Pour commencer mon intérêt pour le milieu du soin m'a fait intégrer l'école de sage-femme, me centrant alors particulièrement sur la santé de la femme enceinte. Lors de mes stages en maternité, la question de la parentalité portait tout son sens ; je prenais plaisir à accompagner les mères et leurs conjoints dans leur nouveau rôle de parents. Si je m'épanouissais dans cet aspect du métier, la manière de soigner et de concentrer les soins essentiellement sur la femme enceinte ne me correspondait pas. D'autre part les gardes au sein des services de maternité me demandaient la réalisation d'actes techniques associant parfois un travail dans l'urgence entravant à mon sens la relation, le côté humain indissociable de tout acte de soin. Enfin, le nouveau-né n'est pas le centre des priorités de la sage-femme. En tant qu'étudiante je l'abordais uniquement dans sa fonction de « corps fonctionnel » avec l'examen pédiatrique en salle de naissance recherchant l'absence d'anomalie au niveau des réflexes et des organes. Ce n'est cependant qu'au contact des nouveau-nés et dans l'interaction mère-enfant que je m'épanouissais dans mon rôle de soignante.

Face à ce constat, la psychomotricité m'a paru le métier le plus adapté à mes futures aspirations professionnelles. De plus j'éprouvais le besoin de ne plus voir le corps comme un objet technique et souhaitais aborder la personne dans sa globalité et pas uniquement par le corps.

J'ai ainsi intégré l'Institut de Formation en Psychomotricité, en deuxième année, grâce à l'examen spécial en ayant le projet de me spécialiser dans la Petite Enfance. Les cours théoriques et l'observation du travail du psychomotricien en néonatalogie m'ont apporté un nouveau regard sur le nouveau-né et la périnatalité. J'ai été tout particulièrement fascinée lors de mon entrée à l'institut de formation par les travaux de Grenier avec la motricité libérée, qui mettent en évidence des compétences du nouveau-né grâce à un soutien adéquat. L'enfant peut ainsi avoir une motricité dirigée alors qu'il n'a que quelques jours de vie. Je n'avais jamais pris conscience du champ de compétences des nourrissons alors que j'ai été durant deux ans étudiante en maternité ! Faire un stage en néonatalogie m'a donc paru être une évidence, une

continuité dans mon cursus professionnel. Il était important pour moi d'être en lien à la fois avec l'enfant et ses parents mais aussi d'avoir ce regard singulier, cette observation clinique fine sur l'enfant propre au psychomotricien.

Mes premiers jours dans les services pédiatriques ont fait émerger différents questionnements concernant le nouveau-né hospitalisé, et plus largement de l'enfant hospitalisé, dit vulnérable. Je me suis tout d'abord interrogée sur l'impact que pouvait avoir cet environnement si particulier sur les premiers vécus corporels. Les bébés sont en effet dans un environnement médicalisé qui interfère à de nombreux niveaux et notamment sur le corps (comme les sondes naso-gastriques*). Le corps se construit progressivement tout au long de la vie, il est lié à l'évolution neuromotrice. On parle au départ de corps subi caractérisé par une activité sous corticale réflexe pour ensuite aborder le corps vécu qui signe un enrichissement sensori-moteur et l'apprentissage d'une connaissance corporelle. Les premières expériences corporelles et relationnelles sont donc primordiales dans la construction du sujet.

Cependant, le milieu hospitalier peut compromettre ces premières expériences. En effet les nouveau-nés hospitalisés font l'objet de soins d'urgence qui ne tiennent pas forcément compte de leurs caractéristiques développementales et du développement psychocorporel. Leur installation, le plus souvent imposée, a des conséquences sur leur confort mais aussi sur la plasticité du corps et sur son potentiel à entrer en relation avec son environnement. Je me suis rendue compte que l'installation de l'enfant était une préoccupation pour l'équipe soignante. Le positionnement du nouveau-né dans les services de néonatalogie a suscité en France depuis ces dernières années un grand intérêt de la part du personnel soignant et paramédical sensibilisé à la souffrance des enfants prématurés dans le cadre de leurs soins quotidiens.

Nous pouvons nous demander quel impact peut avoir cette hospitalisation précoce sur le développement de l'enfant, et plus particulièrement sur le développement postural. La posture adoptée par un nouveau-né vulnérable est-elle différente de celle d'un nouveau-né sain?

De nombreux travaux ont mis en évidence que certaines positions de couchage peuvent engendrer des effets délétères sur son développement psychomoteur, alors comment bien installer ces enfants vulnérables ?

Je tenterai alors de répondre à la question suivante : **Quelle est l'importance de la mise en forme précoce du corps chez l'enfant hospitalisé ?**

Dans un premier temps j'ai souhaité décrire le développement psychomoteur de l'enfant en abordant les capacités précoces du fœtus et du nouveau-né, pour ensuite établir qu'un bébé n'est jamais seul. La relation avec le milieu physique et humain est un pré-requis essentiel pour étayer la connaissance de son corps et de soi. Cette partie cible également le développement tonico-postural car l'installation de l'enfant s'appréhende dans une perspective développementale afin de respecter la maturité de l'organisme.

Je me suis ensuite interrogée sur les raisons d'une hospitalisation précoce et quelles conséquences cette hospitalisation peut avoir pour le développement psychocorporel de l'enfant. J'ai cherché à soulever l'importance d'apporter une stabilité posturale, une contenance chez ces enfants hospitalisés dits vulnérables dans les soins et leurs installations.

Enfin je décrirai le rôle du psychomotricien au sein des services pédiatriques, notamment de sa posture auprès de l'enfant, des parents et des professionnels.

PARTIE I

LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR : DE L'ORGANISME AU CORPS

I) Le corps neuro-moteur : l'organisme

Le bébé naît avec un bagage à la fois génétique, neurologique et sensoriel. Le développement du corps est déterminé génétiquement : il s'agit du corps biologique, **neurophysiologique**. Ainsi le fœtus et le nourrisson possèdent des capacités sensorielles et motrices. Le nouveau-né est donc doté de compétences qui s'expriment déjà in utero et qui finaliseront leur maturation après la naissance. Le corps du bébé se construit tout d'abord en milieu aquatique, protégé dans le ventre de sa mère. Il lui faudra ensuite s'adapter à un nouveau milieu : le milieu aérien.

Il y a donc une continuité entre la vie intra utérine et la vie extra utérine en lien avec l'adaptation du bébé à son environnement.

1. Les capacités sensorielles du fœtus et du nouveau-né :

L'apport de l'échographie dans les années 70 a révolutionné notre vision du fœtus et du nouveau-né. Le développement et le progrès des techniques scientifiques ont mis en évidence **le fonctionnement sensoriel** et **perceptif** chez le fœtus de mammifères en fin de gestation. Ainsi le bébé humain développe dans le ventre de sa mère des compétences neurosensorielles suivant un ordre chronologique de maturation des différents organes sensoriels préétabli. Dès la fin de la gestation les systèmes sensoriels alimentent les compétences neurocognitives de l'enfant. On peut parler d'une **continuité transnatale** dans la mise en place du système sensoriel.

Les **sensibilités cutanée et vestibulaire** qui constituent le toucher apparaissent en premier, puis peu après (voire en même temps) les **sensibilités chimiques** : le goût et l'odorat, suivies des **sensibilités auditives** : l'ouïe et enfin la **sensibilité visuelle**.

1.1 Le toucher :

1.1.1 Généralités

C'est le premier sens à se développer chez le fœtus. Les sensibilités cutanées et vestibulaires sont aussi appelées somesthésiques et proprioceptives.

Les premiers récepteurs tactiles sont présents dès la **7^{ème} semaine de gestation**, les sensations tactiles s'affinant et étant de plus en plus nombreuses au cours de la grossesse. En effet si les premiers récepteurs cutanés s'élaborent autour de la bouche et des lèvres, c'est au bout de la **20^{ème} semaine de gestation** qu'ils sont présents sur l'ensemble du corps.

1.1.2 Milieu utérin

In utero, les sensibilités tactile et vestibulaire sont sollicitées lors des mouvements maternels, des mouvements fœtaux, des pressions sur le ventre maternel et des contractions utérines. **Le système vestibulaire** fournit des informations sur la position de la tête et du corps dans l'espace ainsi que ses déplacements. L'appareil vestibulaire se différencie en parallèle de l'appareil auditif avec deux à trois semaines d'avance. Il est fonctionnel à environ 6 mois de gestation et est stimulé en permanence dans le liquide amniotique (qui amortit les déplacements brusques) par des contacts avec la paroi utérine de son dos, ses mains, ses pieds, son visage. Chez le prématuré, on situe le début de son fonctionnement vers 25 semaines en parallèle avec l'apparition du réflexe de Moro (Humphrey, 1978). Le contact du visage avec la paroi utérine pourrait induire une orientation du visage (il tourne sa tête). Cela peut être aussi lors des contacts avec des parties de son propre corps au fur et à mesure qu'il grandit. L'échographie dévoile des expériences tactiles précoces : le fœtus suce son pouce, s'accroche au cordon ombilical, caresse son visage...

1.1.3 Compétences du nouveau-né

Des travaux de recherche chez l'enfant prématuré montrent que les voies afférentes de la sensibilité tactile sont fonctionnelles à 25 semaines de gestation. Après cet âge, la sensibilité se modifie peu, seul le temps de latence est raccourci après la naissance. Ainsi l'enfant prématuré de 25 semaines est réactif à toutes sortes de stimulations tactiles (effleurement, application d'un souffle d'air, pression et pincement légers) et thermiques. Vers 34 semaines, les réponses motrices et émotionnelles immédiates à l'application d'un stimulus froid ne diffèrent pas de celles des nouveau-nés à terme (Riese, 1998). En effet après la naissance, le bébé se montre très réactif au toucher. Les nombreux récepteurs situés sous sa peau lui communiquent un

grand nombre de sensations, chacun d'entre eux étant spécialisé à un type précis de sensation (chaleur, froid, pression, douleur). Le toucher permet ainsi d'assurer la sécurité physique du bébé.

Chez le nouveau-né à terme des études récentes ont démontré que le grasping n'est pas seulement un réflexe mais une exploration tactile de l'environnement¹. L'étude insiste sur la **capacité du bébé à explorer et à reconnaître certaines caractéristiques de petits objets** placés dans leurs mains telles que la **texture** ou la **forme**. Les bébés nés prématurément seraient capable également d'habituation tactile et de discrimination à une forme d'un petit objet dès 33 semaines d'aménorrhée* (SA).

De plus le toucher se montre bénéfique pour le développement, notamment dans la vie émotionnelle et relationnelle de l'enfant. Certains gestes, telle une caresse, lui procurent un sentiment de bien-être qui suffit parfois à l'apaiser.

Le bébé peut-être cependant confronté à des sensations douloureuses véhiculées par un toucher invasif, ou des soins dans un contexte d'hospitalisation.

Mathéo et Romain sont des jumeaux nés à 31 SA. Avec la psychomotricienne, nous proposons un travail de contenance auprès de ces deux enfants. Je m'avance auprès de Mathéo qui est installé dans son cocon sur le ventre. Je pose mes mains délicatement sur son dos, tout en le prévenant de mon approche. Je ressens alors les forts battements de son cœur qui s'accélèrent suite à ce contact. Je maintiens ce toucher contenant, mes deux pieds bien ancrés au sol, afin d'être le mieux disposée pour être en communication avec le bébé. Son rythme cardiaque ralentit progressivement et je le sens s'apaiser sous mes doigts.

1.2 L'olfaction et la gustation :

1.2.1 Généralités

Les sens chimiques ont pour fonction de détecter et de discriminer les substances chimiques présentes dans l'environnement. Les récepteurs olfactifs et gustatifs sont, avec les récepteurs cutanés, les premiers à se différencier lors de la période embryonnaire. Ce développement se fait même très précocement car les premiers bourgeons gustatifs apparaissent dès 12 SA et le système olfactif est mature dès le deuxième trimestre de gestation.

¹ **BERNE-AUDEOUD F., MARCUS L., LEJEUNE F., GENTAZ E., DEBILLON T.** (2010) « Communiquer par le toucher avec le nouveau-né prématuré », *Soins Pédiatrie Puériculture*, n°256, p21-23

1.2.2 Milieu utérin

In utéro, le liquide amniotique constitue une source d'activation des récepteurs olfactifs et gustatifs du fœtus. Les cellules gustatives sont stimulées par les saveurs du liquide que le fœtus est en capacité d'avaler dès la 12^{ème} semaine de gestation. Ce liquide est en effet composé de nombreux éléments dont la saveur est dépendante de l'alimentation maternelle. Des composants aromatiques de certains éléments passent à travers la barrière hémato-placentaire jusqu'au liquide amniotique. De même, des molécules inhalées, passent dans le plasma au niveau pulmonaire et se retrouvent également dans la poche des eaux.

1.2.3 Compétences du nouveau-né

Le nouveau-né à terme est richement doté de papilles gustatives qui lui permettent de discriminer les saveurs sucré, salé, amer et acide. Cette discrimination est justifiée par les modifications de la succion : lors d'une stimulation sucrée la succion augmente et a contrario ralentit face à de l'amertume.² La réactivité gustative des bébés s'exprime également par le réflexe gusto-facial où l'enfant change de mimique en fonction de la saveur, ce qui prouve qu'il les distingue bien. Il peut discriminer le lait maternel du lait artificiel.

Concernant l'olfaction, le bébé à terme distingue rapidement l'odeur de sa mère de celles des autres femmes, comme l'odeur du lait de sa mère des autres laits maternels. Cette discrimination est possible chez l'enfant prématuré qui peut détecter des odeurs de faible intensité de la même façon qu'un bébé né à terme et ce dix jours après leur naissance (soit un âge gestationnel* moyen de 31 semaines). Les nouveau-nés ont des capacités très précoces d'apprentissage et de mémorisation olfactives. L'utilisation de langes à l'odeur de la maman dans les services de néonatalogie a des effets bénéfiques sur le comportement de l'enfant. Toutes ces compétences sensorielles favorisent l'attachement entre la mère et l'enfant.

Les puéricultrices proposent souvent aux parents de laisser un tissu imprégné de leur odeur corporelle dans le berceau de leur bébé. Cela peut aider le nouveau-né à retrouver une odeur familière et créer une stimulation olfactive positive et sécurisante. Les odeurs contiennent l'enfant et peuvent l'aider à retrouver un état stable plus rapidement en cas de soins invasifs.

² SALESSE R., GERVAIS R., *Odorat et Goût : de la neurobiologie des sens chimiques aux applications*, p358-360

1.3 L'audition :

1.3.1 Milieu utérin

A la différence de la vision qui est peu stimulée avant la naissance, l'audition est un sens fonctionnel in utero. Dès 20 SA, toutes les structures anatomiques sont formées et le fœtus entend. L'univers sonore du fœtus est bruyant mais filtré, il existe des bruits endogènes (comme les battements du cœur de la mère) et exogènes. Le fœtus réagit significativement aux stimulations auditives externes dès 26 SA par des réponses motrices et une accélération du rythme cardiaque. Plus le fœtus croît dans la grossesse, plus l'intensité nécessaire à l'obtention d'une réponse diminue : de 115 décibels à 20 semaines à 85-95 décibels à 35 semaines.

1.3.2 Compétences du nouveau-né

Chez le nouveau-né, le système auditif est fonctionnel, même si son développement n'est pas complètement achevé. Dès la naissance, l'enfant est donc en mesure de percevoir les sons de parole produits par son entourage. Dès ses trois jours de vie il reconnaît la voix maternelle et répond aux sollicitations auditives par le clignement des paupières ou en orientant sa tête vers la source sonore.

Je rentre dans une chambre d'un bébé né prématurément et la psychomotricienne m'explique son parcours de vie près du berceau. Il suffit simplement de quelques instants pour que le scope sonne signifiant l'augmentation du rythme cardiaque du bébé : il a senti notre présence.

1.4 La vision :

1.4.1 Milieu utérin

Dès 14 semaines d'aménorrhée, les muscles oculomoteurs et les globes oculaires sont formés. Vers le 7^{ème} mois, son système visuel est sensible à la lumière : il peut distinguer des ombres et des nuances si une lumière forte est dirigée sur le ventre de sa mère. Toutefois, sa vue a peu de chance de se développer dans l'obscurité du ventre maternel où elle est peu stimulée.

1.4.2 Compétences du nouveau-né

Le système visuel à la naissance n'est pas mature du fait que les réseaux neuronaux et la myélinisation ne sont pas encore achevés. Le nouveau-né peut voir à une faible distance (environ 20 cm) ce qui lui permet de regarder sa mère qui le nourrit. Il distingue plus facilement les objets contrastés, les formes géométriques et la poursuite oculo-céphalogyre est opérante dès 34 SA. Il peut donc fixer un objet et le suivre du regard (poursuite oculaire saccadée) suivant la qualité du stimulus.

Il existe donc une sensorialité au moment de la vie fœtale. Les informations inscrites par le bébé dès sa naissance viennent se corréliser et se comparer avec celles du fœtus qu'il était auparavant. Pierre **DELION** nuance cette continuité transnatale car selon lui, il y a des sensations qui sont des **opérateurs de continuité** et d'autres qui vont être des **opérateurs de discontinuité**.

Par exemple le fœtus est soumis à des sensations tactiles qu'il déclenche à chaque fois que son dos frotte contre la paroi de l'utérus ou contre le placenta. Ce tactile va s'enrichir au fur du développement intra-utérin et va prendre une importance considérable au moment de la naissance car l'enfant est pris dans les bras, on lui apporte une entourance tactile. Il y a donc une continuité entre l'avant et après la naissance. Le tactile contribue au sentiment d'existence du nouveau-né. L'audition va aussi constituer un opérateur de continuité, l'enfant percevant la voix de sa mère in utero, il orientera sa tête vers elle à la naissance grâce au son de sa voix.

Mais certaines sensations vont d'un côté, s'avérer être des opérateurs de discontinuité. A la naissance le bébé éprouve des **sensations de pesanteur** qui sont importantes pour lui, sensations qu'il n'a pas ressenties in utero car son corps était contenu dans le liquide amniotique. Dans le ventre maternel, le futur bébé est privé de l'apesanteur que la mère éprouve pour lui. La naissance marque une discontinuité par le passage du milieu liquidien au milieu aérien. Le bébé va être écrasé par l'apesanteur, et il faudra attendre un an pour que l'enfant fabrique un tonus capable de lutter efficacement contre les forces gravitaires.

2. Les capacités motrices :

Il existe un continuum entre les comportements observés au cours de la vie in utero et ceux observés après la naissance. C'est parce que le bébé a eu des expériences motrices en étant dans le ventre de la mère qu'il acquiert des compétences motrices essentielles pour la suite de son existence.

2.1 Les bases neurophysiologiques du contrôle moteur :

2.1.1 Les systèmes sous cortical et cortico-spinal

La motricité repose sur l'individualisation de 2 systèmes : le système sous-cortico-spinal, archaïque et le système cortico-spinal.

Avant 34 semaines, c'est le contrôle sous cortical qui est prépondérant. Cela s'explique par sa myélinisation précoce : elle s'effectue entre 24 et 32 SA dans le sens ascendant, c'est-à-dire caudo-céphalique. On constate la prédominance des réflexes primaires qui témoignent de l'activité médullaire et du tronc cérébral.

A partir de 34 SA, on observe une disparition progressive des réflexes primaires : le système cortico-spinal succède alors au système archaïque. Les voies cortico-spinales se myélinisent de façon descendante entre 32 SA et 2 ans. Elles assureront l'intégration progressive des réflexes primaires et le contrôle volontaire des mouvements, généralement entre les 3ème et 6ème premiers mois de vie. La myélinisation se poursuivra beaucoup plus lentement jusqu'à 12 ans.

2.1.2 Lois du développement moteur

L'évolution motrice est soumise par des lois de développement qui s'articulent selon un rythme variable suivant l'enfant et l'environnement.

Au départ, le bébé a une motricité globale dont les décharges sont généralisées à tout le corps. L'activité motrice s'affine de plus en plus pour devenir plus élaborée et plus précise. Le bébé passe d'une motricité involontaire à une motricité volontaire. Il s'agit de la **loi de différenciation**.

La loi de variabilité indique que l'évolution du développement psychomoteur se fait toujours dans un sens de perfectionnement progressif. La progression n'est pas uniforme et continue, on peut effectivement observer des périodes de progressions rapides suivies de stagnation

voire également de régressions. Chaque enfant possède donc son propre rythme de développement.

Il existe un ordre de maturation constant et immuable : c'est la **loi de succession**. Elle se réalise autour de 2 lois fondamentales, la loi céphalo-caudale et la loi proximo-distale.

- ✓ **Loi céphalo-caudale** : le contrôle musculaire s'effectue de manière descendante en commençant par la tête.
- ✓ **Loi proximo-distale** : le contrôle musculaire commence par les muscles proche de l'axe corporel pour ensuite s'effectuer vers les parties distales, les plus éloignées de l'axe.

2.2 Chez le fœtus :

L'apparition et l'évolution de la motricité fœtale sont étudiées grâce à l'existence de l'échographie depuis les années 1970. Au cours de la vie intra-utérine, le fœtus présente, initialement, une activité motrice désordonnée, phasique et cyclique qui se coordonne peu à peu (O. Walusinski, 2003). Cette activité alterne avec des phases de repos et de détente.

Le fœtus effectue de véritables sauts avec rotation vers 8 SA. Il va être animé de certains mouvements qui mettent en jeu surtout le tronc : on observe des ondulations de l'axe vertébral par des mouvements d'enroulements et de déroulements. Ces mouvements précoces d'enroulements vont permettre la liaison de la main avec la tête (et plus spécifiquement main / bouche), alors que les mouvements de déroulements permettront de rejoindre le pied et la tête (action de repousser).

La modernisation des techniques échographiques dans les années 1980 permet d'affiner l'observation de la motilité fœtale. On observe alors 16 patterns de mouvements comme le sursaut chez le fœtus âgé de 7 à 8 semaines, des mouvements généraux et hoquet vers 8-9 semaines, des mouvements isolés des membres et de la tête vers 9-10 semaines. Le fœtus est capable d'effectuer une rotation complète autour de son axe dès 10 semaines de vie. A la même période des étirements et des bâillements associés à des mouvements respiratoires sont constatés. Les activités de déglutition apparaissant à 12 semaines sont accompagnées de flexion de la tête. Les mouvements se diffusent progressivement vers les membres. Il s'agit surtout de mouvements globaux (General Movement) qui mobilisent toutes les parties du corps. Ils apparaissent tôt dans le développement dès la 8^{ème} semaine. Ils restent les mouvements les plus utilisés durant la vie fœtale. La qualité de cette motilité spontanée,

principalement la qualité du mouvement global reflète de manière précise l'état fonctionnel du système nerveux du fœtus et du nouveau-né selon **Heinz PRECHTL**. D'après ses écrits, les mouvements du fœtus sont nécessaires à la maturation neuro-fonctionnelle de la motricité et participent au développement d'autres organes comme les poumons.

La fréquence et l'amplitude des mouvements actifs sont le signe du bien-être fœtal. Néanmoins les mouvements globaux se réduisent significativement en fin de grossesse en lien avec la croissance du fœtus dans la cavité utérine. Ces mouvements varient en fonction du rythme de la journée : ils sont au maximum en fin de soirée et moins présents en matinée.

2.3 Chez le nouveau-né :

2.3.1 La motilité

Les mouvements spontanés du bébé sont regroupés sous le terme de motilité. Ce sont des mouvements organisés avec une certaine régularité dans le temps et l'espace.

Les mouvements spontanés, les attitudes et les réflexes du nouveau-né ont été étudiés par **BERGERON**. Il constate que l'activité segmentaire est bilatérale et asymétrique et que certains mouvements sont fréquemment reproduits : l'extension et la flexion des membres, le croisement et décroisement des pieds, la fermeture de la main avec le pouce replié à l'intérieur ou à l'inverse son déliement. Cette motricité reste encore régie par le cortex sous cortical.

PRECHTL (1984) présente une classification détaillée de la motilité du nouveau-né. Il distingue les mouvements globaux qui mettent en jeu la totalité du corps du bébé des mouvements isolés des bras et des jambes. Comme vu précédemment, les mouvements globaux apparaissent tôt au cours de la période fœtale et persistent après la naissance, Ils seront alors progressivement remplacés par les mouvements volontaires. Les mouvements isolés quant à eux ont une durée variable et peuvent être asymétriques. **PRECHTL** décrit également les sursauts (petits mouvements généralisés et rapides), les clonies (petits mouvements rapides rythmiques qui intéresse les extrémités), les bâillements, les contacts main-bouche.

Lorsqu'on observe un bébé, il faut tenir compte de son état de vigilance car certains évènements moteurs peuvent être corrélés avec les stades de sommeil. **PRECHTL** et **BEINTEMA** décrivent 5 états de vigilance chez le nouveau-né en fonction de trois critères comportementaux : la respiration, les mouvements corporels et l'ouverture des yeux.

- **Etat 1** : sommeil calme, respiration régulière, pas de mouvement, yeux fermés
- **Etat 2** : sommeil agité, respiration irrégulière, présence de mouvements, yeux fermés
- **Etat 3** : veille calme, respiration régulière, pas ou peu de mouvements, yeux ouverts.
- **Etat 4** : veille agitée, respiration irrégulière, présence de mouvements, yeux ouverts ou fermés.
- **Etat 5** : pleurs, respiration irrégulière, présence de mouvements, yeux ouverts ou fermés.

L'étude de **CASAER** distingue deux catégories de mouvements : des mouvements globaux et des patterns, notamment les sursauts et les mouvements de flexion et d'extension. Les mouvements de sursauts et de soupirs chez un enfant né à terme sont surtout observables dans l'état 1 et diminuent 2 à 10 semaines en post-terme. L'étude de **DOURET** (1988), pour sa part, met en évidence que certains mouvements sont fonction de l'état de vigilance. Ainsi les mouvements isolés prédominent dans l'état de sommeil agité et non les mouvements globaux.

2.3.2 Les réflexes archaïques

Les comportements du nouveau-né sont régis en grande partie par des réflexes involontaires contrôlés par la partie inférieure du cerveau, le système sous cortical. Leur présence est physiologique chez le fœtus et au cours des premiers mois de la vie, indiquant l'intégrité du système nerveux central et du tronc cérébral sans pour autant supposer l'absence de déficience au niveau du cerveau supérieur. Ces réflexes primitifs disparaissent en général vers 2/3 mois laissant place à une motricité volontaire en lien avec la maturation du système nerveux central.

Il existe énormément de réflexes primitifs (73), dont 6 sont vraiment significatifs pour évaluer le développement de l'enfant. Il s'agit du réflexe de succion, du réflexe de marche, du réflexe de Moro, du réflexe d'agrippement, des réflexes toniques asymétriques du cou et du réflexe du parachute.

Le réflexe de succion

C'est le réflexe qui permet au nouveau-né de téter et il est également présent chez l'enfant prématuré. Il est stimulé lorsque l'enfant est au sein de sa mère, ou lorsqu'on introduit

un doigt dans la bouche du bébé. Mais ce n'est que grâce à l'acquisition de la coordination déglutition/ succion/ respiration mature à la 34 SA que le bébé pourra se nourrir.

Le réflexe de marche automatique

Il est toujours présent chez les nouveau-nés à terme et après 24 heures de vie chez les prématurés pesant moins de 1,7 kg. Lorsque l'on tient l'enfant en position verticale et qu'on lui fait toucher un plan dur avec la face antérieure de la jambe, il amorce des mouvements de flexion et extension des jambes entraînant une esquisse de pas. Il peut soutenir, lorsqu'il est verticalisé, une partie du poids de son corps. Ce réflexe disparaît progressivement jusqu'à la tenue de la tête dans les alentours des trois mois au plus tard.

Le réflexe de Moro

L'enfant placé sur le dos est soulevé par les mains de quelques centimètres, membres supérieurs en extension. Le réflexe apparaît quand il retombe sur la table d'examen et on observe alors dans un premier temps une abduction et extension des membres supérieurs, puis un retour en adduction et flexion des avant-bras avec cris. C'est un réflexe de défense présent de façon complète à partir de 34 SA et il doit disparaître environ trois mois après la naissance. Il apparaît également lorsque l'on change brusquement le bébé de position.

Le réflexe d'agrippement ou grasping

Ce réflexe est provoqué lorsqu'on stimule la paume de l'enfant. On observera alors une flexion des doigts et un agrippement. Le comportement d'agrippement permet à l'enfant d'être proche de sa mère et de favoriser le lien d'attachement. L'enfant, puis l'adulte plus tard, a un besoin physiologique inné de se relier constamment à une figure d'attachement, afin d'assurer ses besoins émotionnels et physiques, notamment de sécurité appelé d'ailleurs « attachement secure ». Or ce fameux « lien d'attachement secure » est inextricablement lié au réflexe d'agrippement. En effet, dès les premières heures, jours, semaines de sa vie, le bébé doit physiquement s'agripper, s'accrocher au corps d'un autre être humain pour se lier à lui et assurer sa survie et sa sécurité.

Le réflexe tonique asymétrique du cou

Le réflexe tonique asymétrique du cou est surtout présent dans les trois premiers mois de vie. Il est déclenché par la rotation de côté de la tête du bébé en décubitus dorsal. On observe alors une extension ample du bras et de la jambe du côté vers lequel la tête est tournée et une flexion des membres opposés. On le nomme également réflexe de l'escrimeur. C'est un

schème de base important appelé aussi Assymmetric Tonic Neck Posture (Casaer, 1979) qui organise la répartition tonique du bébé pendant les trois premiers mois de vie.

Le réflexe du parachute

Lorsque l'enfant est projeté vers l'avant, il tend les bras pour amortir la chute. Ce réflexe apparaît vers 7-8 mois et persiste à vie.

La présence des réflexes archaïques (tous n'ont pas été décrits) témoigne du bon développement du système nerveux et du tonus musculaire du nourrisson. Ils constituent la base neurologique essentielle pour permettre la motricité volontaire et ils assurent la survie de l'individu dans les situations de stress.

Suzanne **ROBERT-OUVRAY** décrit la motricité réflexe primaire comme une motricité qui donne une forme particulière au corps du bébé et qui va dans le sens de l'enroulement et du regroupement dans un premier temps. Ce n'est qu'avec la maturation du système nerveux central qu'une forme d'extension apparaîtra et pourra s'articuler avec la forme d'enroulement, en lien avec le développement tonico-postural de l'enfant.

3. Le développement du tonus et de la posture :

3.1 Tonus et posture

Le **tonus** est l'état de légère tension des muscles au repos qui résulte d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Laurence **VAIVRE-DOURET** le définit comme l'élément énergétique fondamental qui sous-tend la posture et l'activité motrice.³ On distingue trois types de tonus : le tonus de fond (passif), le tonus d'action (actif) et le tonus postural.

Le tonus possède de plus une composante émotionnelle importante. Pour H. **WALLON**, les émotions sont indissociables du tonus et de la fonction posturale et prennent naissance dans l'activité organique de l'individu. Nous verrons par la suite que le tonus a une valeur essentielle de communication interhumaine mise en exergue notamment par J. de **AJURIAGUERRA**.

La **posture** est le maintien du corps ou d'une de ses parties dans une position donnée. Elle est permise grâce à une activité musculaire permanente et est soumise à la pesanteur. Elle sert

³ **VAIVRE-DOURET L.**, *La qualité de vie du nouveau-né*, Odile Jacob, 2003.

de point d'appui essentiel à l'activité motrice dans les déplacements et l'orientation du corps dans l'espace. Son développement concerne les différentes étapes qui permettront à l'enfant d'atteindre progressivement la position assise puis érigée. Elle est étroitement liée à l'état tonique de l'enfant.

3.2 Dynamique développementale :

Au cours de la période de gestation, le tonus évolue de façon ascendante selon le sens caudo-céphalique en lien avec la myélinisation des fibres sous corticales. L'enfant avant terme est très hypotonique. In utéro la poussée tonique se fait du bas vers le haut. C'est vers la 30ème semaine de gestation que les hanches pourront se fléchir sur le bassin.

Il y a une progression ascendante du tonus en flexion des membres au repos (tonus passif) tout comme le contrôle postural. Concernant le tonus actif, le niveau tonique progressera également du bas vers le haut. : la tonicité des membres inférieurs augmente progressivement. Le fœtus pourra à partir de là commencer à donner des coups de pieds dans le ventre de la mère. Cette mobilité est la preuve d'une bonne maturation du tonus. Au fur et à mesure la tension se propagera jusqu'au niveau du membre supérieur permettant le redressement du tronc et de la tête.

Autour du terme, l'évolution de la maturation du tonus se fait de façon descendante et aussi proximo-distale. Les faisceaux de la motricité volontaire commandent et ajustent la motricité.

A la naissance, la répartition du tonus est déséquilibrée. Le buste est hypotonique et lors du tiré assis la tête est ballante car les muscles du cou ne peuvent lutter contre la pesanteur. Il s'agit d'une hypotonie axiale qui est contrebalancée par une hypertonie distale au niveau des fléchisseurs des membres. Ce déséquilibre tonique perdurera durant les premières semaines de vie. Cela se traduit par une posture en enroulement du nouveau-né en réponse à une hypotonie axiale. Ce mouvement d'**enroulement** est vraiment fondamental pour ensuite pouvoir accéder au redressement et à la verticalité. Il replace l'enfant sur son centre corporel situé autour de la zone ombilicale.

Progressivement cette répartition tonique s'équilibre. L'hypertonie des membres évolue en s'affaiblissant pour aller vers le mouvement d'**extension**. C'est un mouvement inverse qui

s'inscrit dans l'ouverture et le repoussé. La tonicité plus importante au niveau axial et l'équilibration des muscles fléchisseurs par rapport aux muscles extenseurs assurent un aller retour possible entre ces deux schèmes d'enroulement et d'extension, ce qui est essentiel pour assurer une respiration tonique. Un **redressement** du buste est alors possible.

Dès la naissance l'enfant vise des mouvements **de rotation, de torsion** (notamment lors de l'accouchement). Il éprouvera ces mouvements au travers des **postures asymétriques** du corps (**BULLINGER**). Les schèmes de torsion et d'enroulement/extension se font dans un même temps. Ce n'est que par la découverte successive des étapes entre la position allongée et debout et par un contrôle tonique du rachis suffisant que l'enfant accèdera à la **verticalisation**. Les schèmes moteurs de bases observables dès les premiers mois de vie conditionnent le développement de la motricité et des coordinations. Ces trois mouvements fondamentaux, **l'enroulement, le redressement et la torsion** constituent la base de la coordination motrice.

Le développement moteur de l'enfant est lié à la mise en place de programmes moteurs de base qui vont s'enrichir au fur et à mesure de la maturation du système nerveux et de l'expérience motrice.

Le bébé est donc équipé de façon neurologique, **neuro-motrice** pour fonctionner. Cependant pour se développer et se complexifier cette maturation neuro-motrice doit se croiser nécessairement et progressivement à des expériences de relation qui donnent sens. L'héritage génétique constitue un cadre, un programme qui ne se réalise pleinement que si les stimulations sensorielles sont adéquates et surviennent au bon moment. La sur-stimulation ou l'absence de stimulation induisent des anomalies graves.

Le développement psychomoteur dépend d'un corps « potentiel » qui pourra développer des compétences motrices volontaires et praxiques mais aussi de la qualité des interactions que l'enfant développe avec son entourage.

Je vais dans un second temps montrer que l'environnement joue un rôle fondamental dans la potentialisation des compétences de l'enfant, que ce soit physique ou psychique.

II) Le corps en relation

« Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre, complice de son existence » C'est avec l'autre qu'il se voit et se construit dans l'activité des systèmes qui lui sont offerts par la nature, dans l'intimité de ce miroir qu'est l'autre. »⁴ **Julian DE AJURIAGUERRA**

L'enfant ne peut être mesuré que dans le cadre de la circularité entre l'individu et le milieu. L'enjeu primordial pour tout enfant est de passer de ce corps « potentiel » avec ses données neurophysiologiques, à un corps habité, c'est-à-dire subjectivé et outil de connaissance pour agir et interagir sur le milieu physique et humain. Grâce à son organisation biologique, l'enfant va pouvoir créer des activités par rapport à son environnement et son entourage.

1. L'instrumentalisation du corps, ou comment habiter son corps :

« Habiter son organisme pour en faire son corps est une des tâches les plus importantes à laquelle est confronté le bébé dans son développement. Dans sa période dite sensori-motrice, le bébé apprend à habiter son corps, mais il en fait aussi un moyen d'action sur son milieu humain et physique »⁵. **André BULLINGER**

Selon **BULLINGER**, l'organisme ne suffit pas à se constituer en tant que corps. C'est dans les interactions que l'organisme entretient avec son milieu que vont naître des représentations qui organiseront et orienteront les mouvements. Il est nécessaire que l'organisme puisse maîtriser les sensations qui lui parviennent pour qu'il s'instrumente et se connaisse comme objet du milieu et ainsi devenir « corps ». Ce processus est corrélé à la perception de flux qui assaillent l'organisme à la naissance. L'organisme est à la fois en relation avec un milieu **physique, biologique et humain**. La recherche d'un **équilibre sensori-tonique** est alors primordiale pour interagir avec le milieu.

⁴ **AJURIAGUERRA J.**, « Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements », *Enfance*, tome 38, n°2-3, 1985.

⁵ **BULLINGER A.**, « Habiter son organisme ou la recherche de l'équilibre sensori-tonique », *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, p 151.

1.1 L'équilibre sensori-tonique :

La maîtrise du milieu, son appropriation supposent un état de disponibilité de l'organisme pour recevoir et traiter les signaux issus de l'interaction. Pour cela, un équilibre est nécessaire. **WALLON** introduira la notion d'équilibre sensori-tonique qu'il définit comme « *un état interne de l'organisme qui permet de recevoir sans désorganisation les signaux issus de l'extérieur* ». Trois forces sous-tendent cet équilibre selon **BULLINGER** : le milieu physique, le milieu biologique et le milieu humain constituant ainsi une « *surface d'équilibre* ». C'est cette surface d'équilibre qui garantit le sentiment d'exister de façon stable. On constate alors qu'aux frontières de cette surface, l'individu est trop stimulé et ne peut maintenir l'interaction, et qu'inversement le trop peu de stimulation peut entraîner une « *perte de l'image corporelle* », perte du sentiment d'exister.

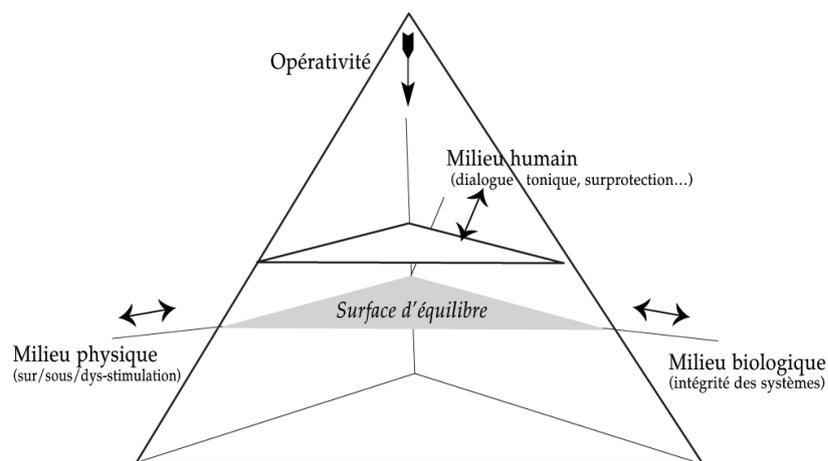


FIGURE 1 : Composantes de l'équilibre sensori-tonique

Les interactions entre l'organisme et le milieu à la fois physique et humain se font à travers les variations de flux sensoriels et les états toniques associés.

1.2 Dimension physique du milieu : les flux sensoriels

Pour **BULLINGER** on ne peut dissocier activité motrice des flux sensoriels. Ces flux sont une condition préalable pour toute utilisation d'un segment corporel comme moyen d'action. Il faut gérer les sensations pour orienter un geste adapté et orienté vers un but. « *Les stimulations sensorielles se font sous forme de flux* » énonce **BULLINGER**. Les flux sont considérés comme « *un apport continu et orienté d'un agent susceptible d'être détecté par un système sensoriel* ». On observe que les variations d'orientation du capteur sensoriel vont transformer le signal. **Cette**

coordination entre capacité de mouvement du capteur et le flux sensoriel permet de construire la fonction proprioceptive.

La fonction proprioceptive est le lien entre la sensibilité profonde assurée par les capteurs articulaires et musculaires et les flux sensoriels sensibles aux variations des signaux. Cette fonction construit la conscience de soi et de son corps. La proprioception est une construction progressive et dépend de l'interaction entre l'organisme et le milieu. Cette proprioception est à la base de la construction de l'organisme. C'est par elle que se fait la première activité psychique et une première forme de représentation.

Le traitement des flux par l'organisme déclenche une série de réactions tonico-posturales. La première étape est celle d'**alerte** qui correspond à un recrutement tonique global et fige l'enfant dans une posture le plus souvent symétrique. La deuxième étape, celle d'**orientation**, permet de se diriger vers la source grâce à une répartition tonique différente sur les deux parties du corps. Les phases du **traitement de la distance** et de **consommation** impliquent des coordinations nouvelles pour permettre l'**exploration**.

L'ensemble de ces réactions tonico-posturales sont des pré-requis fondamentaux pour l'établissement des conduites instrumentales.

1.3 Dimension biologique du milieu :

Cette dimension représente l'intégrité des systèmes sensoriels chez l'enfant. Il faut que les supports neurophysiologiques soient intacts pour pouvoir traiter les signaux de flux sensoriels afin de former des habituations pour finalement développer des activités instrumentales.

« Un déficit entrave non seulement l'accès à des signaux mais il limite également les redondances entre les diverses modalités sensorielles ; de ce fait la cohérence du milieu se trouve amoindrie et la possibilité de le maîtriser diminue ». ⁶

⁶ BULLINGER A., « Habiter son organisme ou la recherche de l'équilibre sensori-tonique », *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, p 155.

1.4 Dimension humaine du milieu :

Elle suppose une communication entre individus qui s'effectue sur un mode tonique, premier mode d'échange du bébé avec son milieu. Le recours au milieu humain au travers du dialogue tonique avec le corps de l'autre va donner un sens à ces décharges motrices. Le bébé va ainsi progressivement pouvoir réguler et contenir ses états émotionnels. Cet appui sur le milieu humain est aussi essentiel que la stabilité des interactions avec le milieu physique. L'entourage représente une source potentielle d'appui, au même titre que son organisme et que le milieu physique.

Nous allons voir en quoi l'interaction de l'enfant avec son milieu humain est une dimension indispensable à son développement.

2. Les premières relations :

2.1 Un premier dialogue : le dialogue tonique

Etudier un enfant seul permet de mettre en évidence son fonctionnement : il vit dans un environnement de choses et de personnes avec lesquelles il peut interagir. **WALLON** est le premier à montrer l'importance de la « fusion affective primitive » dans le développement de l'enfant. Cette fusion s'exprime selon lui au travers de phénomènes tonico-émotionnels et posturaux. **AJURIAGUERRA** reprendra ce concept de « *relation tonico-affective* », qu'il développera ensuite sous le terme de « *dialogue tonique* ».

Ce dialogue tonique se construit au cours des relations précoces entre la mère et l'enfant. Ces relations sont fusionnelles : la mère et l'enfant partagent au même moment la même émotion. **AJURIAGUERRA** envisage l'hypertonicité, l'hypotonicité et la détente corporelle de l'enfant comme des expressions d'appel. Il les place au même niveau que les cris, les pleurs, les sourires, les regards...

Cette communication s'instaure très précocement chez l'enfant. Déjà in utero le bébé peut ressentir des phases de tensions et de détente chez sa mère tout en gardant sa propre activité. Les premiers échanges ont lieu bien avant la naissance, au sein de la matrice utérine. Ils sont essentiellement toniques : le fœtus répond aux différentes sensations tactiles apportées par les variations de tonicité de la paroi utérine. Un premier dialogue s'amorce...

Après la naissance, les repères spatiaux se modifient, l'enfant n'est plus dans un espace interactif contenant. Le nouveau milieu offre en réalité de nouvelles limites dans les bras du

parent ou encore par les vêtements. Il existe alors une adaptation réciproque de la mère et de l'enfant dans les jours qui suivent sa naissance. **AJURIAGUERRA** parle de « *processus d'assimilation et d'accommodation* » entre le corps de la mère et le corps de l'enfant. Selon lui : « *L'enfant tenu par la mère est palpitant très précocement dans un échange permanent avec les postures maternelles. Par sa mobilité, il cherche son confort dans les bras qui le maintiennent. Maintenir ne veut pas dire état fixe de maintien, mais accommodation réciproque* »⁷. Il y a donc un ajustement corporel s'exprimant par le tonus chez les deux partenaires. L'état tonique de l'un, modulé par les affects et émotions, va entraîner des modifications toniques et émotionnelles chez l'autre, et ce réciproquement. Ce dialogue infra-verbal est un préalable au dialogue verbal ultérieur.

Cette communication, fonctionnant sur un mode essentiellement affectif, va permettre la mise en place **des liens d'attachement**. Effectivement dans des relations satisfaisantes, l'enfant comprend rapidement que son état tonique est un moyen de communication privilégié avec autrui. Il fait très vite le lien entre sa tension et la satisfaction qui s'ensuit, puis avec la figure parentale. Réciproquement les modulations toniques du corps du bébé vont permettre à l'entourage de comprendre ce que ressent l'enfant et d'y répondre en adaptant son propre tonus.

2.2 La constitution d'une enveloppe tonique :

Le tonus est à la fois communication de l'acte émotionnel entre l'enfant et son environnement mais il est aussi l'expression de son état psychique, de ses conflits psychoaffectifs. Comme le dit S. **ROBERT-OUVRAY** « *Les variations de sa tonicité son l'un des premiers éléments qui nous entraine vers la compréhension de la vie psychique du bébé* ».⁸ Ainsi tonus et psychisme sont étroitement liés. Cet auteur développe le terme « *d'enveloppe tonique* » qui sert de récepteur aux informations extérieures comprenant les états affectifs de la mère. Elle explique que l'enveloppe tonique de l'enfant a tendance à augmenter sa tension lors de l'absence du parent, avec au contraire un relâchement de l'enveloppe en présence. Il s'agit alors d'un « *système de blindage qui assure une fonction de pare excitation* ». C'est un moyen pour l'enfant de projeter vers le dehors le mal qui l'envahit du dedans. L'enveloppe tonique est considérée comme « *une zone de projection des tensions internes* ».

⁷ **AJURIAGUERRA J.** « Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements », *Enfance*, tome 38, n°2-3, 1985, p265-277

⁸ **ROBERT-OUVRAY S.**, *L'enfant tonique et sa mère*, édition Desclée De Brouwer, 2007.

C'est ainsi dans l'alternance de tension et de détente que le bébé apprend à communiquer avec ce qu'il ressent à l'intérieur de lui et avec son entourage. Le tonus lui permet d'avoir un premier sentiment de consistance, un premier sentiment d'exister.

J'accompagne une puéricultrice pour les soins de Lilian et Mathieu, des frères jumeaux nés prématurément. Lorsque je prends Lilian dans mes bras, il est très tonique et je trouve facilement un portage adéquat pour nous deux. Lorsque je m'approche de Mathieu, la puéricultrice me décrit un enfant hypotonique, qui a les bras ballant le long du corps lorsqu'on le porte. Elle acquiesce lorsque je lui donne une image de « poupée de chiffon » pour parler de lui. Effectivement quand je le tiens contre moi j'éprouve plus de difficultés pour m'ajuster corporellement à lui.

2.3 Le holding ou l'importance du portage :

C'est dans le corps à corps par le dialogue tonico-émotionnel que se tissent les premières relations. Le bébé, lorsqu'il est dans les bras, n'est pas seulement porté physiquement mais aussi psychologiquement. On parle alors de Holding, notion élaborée par un médecin psychanalyste anglais D. **WINNICOTT**. Le holding englobe tout ce que le parent fait pour « porter » son enfant aussi bien dans son corps que dans ses pensées et ses émotions. Le bébé n'appréhende pas encore les limites de son corps, et c'est dans ce corps à corps qu'il se sent sécurisé ou non. « Porter un enfant se présente donc comme un savoir faire à la fois corporel et psychique, mais surtout comme un savoir être ». ⁹

S. ROBERT OUVRAY va plus loin encore que la notion de **WINNICOTT** et définit un holding psychomoteur. Porter un enfant permet à ce dernier de se sentir contenu tout en tenant compte de ses besoins physiologiques. Il s'agira alors de lui donner à manger et à boire, de lui apporter de la tendresse, des bercements, de la chaleur... C'est lui permettre de tolérer les stimulations internes ou externes à son propre corps afin qu'il puisse les intégrer et continuer à se développer harmonieusement. Mais il faut aussi tenir compte de ses besoins physiologiques : le parent doit se montrer disponible et préoccupé par les émotions de son enfant. L'enfant doit se sentir reconnu et compris dans ses pleurs et ses gazouillis, admiré et encouragé dans ses acquisitions. Le holding met en place chez l'enfant le sentiment d'exister et de se sentir comme une unité différenciée. Cette capacité à pouvoir s'adapter avec efficacité aux

⁹ **ROBERT-OUVRAY S.** « Porter un enfant, c'est un savoir être », *Métiers de la petite enfance*, n°59, Juin 2000

tous premiers besoins du nouveau-né est appelée la Préoccupation Maternelle Primaire et fut décrite cliniquement par **WINNICOTT**.

L'organisation psychomotrice et tonique du bébé participe également activement au holding psychomoteur. Ce dernier se définit comme « *un ensemble de manières d'être et de faire qui prend en compte tous les niveaux d'organisation du sujet, tonique, sensoriel, affectif, représentatif et langagier* ». Ainsi lors du portage il faut tenir compte de la motricité de l'enfant car elle est constitutive de son développement psychoaffectif et contribue à la construction du psychisme du bébé.

Dans le portage, il faut considérer trois facteurs du développement phylogénétique de l'humain ou schèmes moteurs de base qui sont :

- **L'enroulement** qui est la position naturelle du bébé lorsqu'il naît (la position fœtale). Elle permet d'être dans la préoccupation de soi et ébauche notre narcissisme. C'est un mouvement fondamental qui assure à l'enfant dans les trois premiers mois de sa vie un développement harmonieux. A contrario une posture en extension chez un enfant de 3 mois peut refléter un stress et un malaise psychique. En conséquence il est important de remettre le nouveau-né dans son enroulement avant de le porter ce qui a pour intérêt de soulager d'éventuelles tensions corporelles.
- **La symétrie** inscrite au niveau de la colonne vertébrale ou axe vertébral qui organise le corps en deux côtés. L'enfant va devoir intégrer le fait d'avoir deux hémicorps. Il fera tout un travail de rassemblement de ce corps divisé en deux par les expériences de portage alterné, ce qui lui permettra de s'organiser dans l'espace. L'enfant ressent cette symétrie dans le regard d'autrui, il a besoin de se sentir aimé à travers le regard de ses parents pour se sentir exister.
- **La coordination** : elle se met en place dès que l'enfant se tourne vers les autres et qu'il se différencie de ses parents. Il effectue alors un mouvement de rotation possible uniquement s'il a intégré en lui une sécurité relationnelle dans son enroulement précoce. Un enfant ne pourra se coordonner que s'il est bien enroulé et sécurisé dans son axe. Cette motricité organisée lui servira d'appui pour élaborer ses pensées.

La capacité du bébé à développer la fonction psychique s'effectue par l'intermédiaire de l'intériorisation du holding maternel, qui est fonction de la façon dont la mère soutient le corps du bébé. Le holding procure à l'enfant une sensation d'existence, une vie psychique bien à lui.

Nous allons donc envisager l'émergence et le développement de la vie psychique du bébé.

3. Le corps du bébé : émergence de la pensée

Depuis quelques décennies, les connaissances sur le bébé se sont considérablement enrichies. La psychanalyse n'a cessé de s'approfondir et d'étendre son champ d'action dans le domaine de la périnatalité. Ses compétences étant mieux connues, le bébé est actuellement considéré comme un sujet qui construit ses expériences, qui se représente le monde, se l'approprie et tisse des relations avec son entourage. Le bébé a donc une vie psychique.

Albert **CICCONE** parle de la naissance de l'enfant « à » la vie psychique et non pas de vie psychique pour bien signifier que le bébé possède une vie psychique bien avant sa naissance. Pour lui, « *cette éclosion de la vie psychique se joue à l'exact entrecroisement de son corps et de la relation* »¹⁰. C'est donc sur la base des relations, des contacts et stimulations tactiles que le développement relationnel et psychique de l'enfant s'organise.

CICCONE décrit trois catégories de conditions nécessaires pour que la vie psychique d'un sujet, et plus particulièrement sa pensée, se développe harmonieusement.

- L'équipement somatique, neuromoteur doit être, en premier lieu suffisamment performant.
- L'enfant a ensuite besoin d'un environnement qui pense: une personne ne peut penser qu'en présence d'autres personnes douées de capacités de penser également.
- Enfin l'environnement doit investir l'enfant et lui prêter des pensées. On ne peut pas penser tout seul, on pense grâce à l'appareil à penser de l'autre.

Ainsi le développement de la pensée du bébé se fait dans un « *double ancrage corporel et interactif* » selon les propos de Bernard **GOLSE**.

¹⁰ **CICCONE** A., « L'éclosion de la vie psychique », *Naissance et développement de la vie psychique*, «1001 bébés», 2008.

3.1 L'ancrage corporel :

3.1.1 Intermodalité et transmodalité

Au début de la vie le bébé perçoit son corps sans distinction entre ce qui lui appartient et ce qui appartient au monde extérieur. Il reçoit de nombreuses sensations corporelles qu'il ne peut encore relier entre elles. Le vécu de son corps est donc morcelé. Puis, progressivement les compétences sensorielles vont s'affiner, et le bébé pourra intégrer les sensations qui l'assaillent grâce à son entourage. C'est le propre de l'activité psychique de relier les sensations entre elles. Il va ainsi organiser, différencier, relier les différentes sensations entre elles qui deviendront alors des perceptions. Le bébé possède donc des capacités d'**intermodalité** (capacité de mettre en lien des sensations issues d'une même source extérieure, mais perçues par des canaux sensoriels différents) et de **transmodalité** (capacité de traduire des informations reçues d'une modalité sensorielle dans une autre).

C'est à partir de là qu'il va acquérir des repères corporels et spatiaux fondamentaux (dedans/dehors, devant/derrière) grâce notamment à la constitution de l'axe corporel.

3.1.2 La constitution du Moi corporel

La perception est considérée par Freud comme l'élément fondateur de l'intégration psychique. Il considère que le Moi se constitue grâce à l'influence du monde extérieur. Le Moi est défini comme une enveloppe psychique, une enveloppe contenante, et est le lieu de mise en contact du psychisme avec le monde extérieur. Il précise que cette enveloppe psychique provient du corps : « *Le moi est avant tout un moi corporel, c'est-à-dire que le moi est en dernier ressort dérivé de sensations corporelles principalement de celles qui naissent de la surface du corps* »¹¹.

Selon **G. HAAG**, le moi corporel commence par un « *premier sentiment d'enveloppe qui se construit plus particulièrement avec l'intégration d'un tactile, surtout un tactile profond du contact du dos allié à la pénétrance du regard* »¹².

A la naissance, l'enfant perd une peau, il a une sensation de perte des « enveloppes prénatales ». Il lui faudra se refaire une peau post-natale qui se constituera dans les deux ou trois premiers mois de la vie. La peau et le système vestibulaire sont matures précocement dans

¹¹ **DESPINOY M., PINOL-DOURIEZ M.**, « Sensation et perception dans la clinique psychanalytique », *La vie psychique du bébé*, p. 23-42.

¹² **HAAG G.**, « Contribution de la clinique psychanalytique de l'autisme à la connaissance de la structuration du moi corporel ».

le développement et sont fortement impactés lors de la naissance : perte d'un contact aquatique et d'un appui dos ainsi que la soumission à la gravité (**HAAG** reprendra le terme de flux gravitaire emprunté à **BULLINGER**). Ainsi le tactile, le soutien apporté au corps, l'enveloppement par la voix et la pénétration du regard sont des éléments qui reconstitueront le sentiment d'enveloppe chez l'enfant. Des boucles de retour se créent alors : l'enfant projette des émotions, des états primitifs qui lui sont retournés mais de manière transformée. Ces boucles de retour construisent une circularité et construiront la circularité du self, le sentiment d'avoir un self fermé, enveloppé dans une peau. L'enfant ressent alors qu'il peut envoyer à un autre, différent de soi, quelque chose de soi-même. Cette communication participe à l'élaboration d'un espace interne et d'un espace externe chez le nourrisson et renforce l'image de soi, le sentiment de soi.

Cette genèse du moi corporel s'amorce donc avec l'introjection de la contenance par le premier sentiment d'enveloppe, et se poursuit par la constitution de l'axe rassemblant les deux côtés du corps pour finir par l'appropriation des membres inférieurs.

3.1.3 L'axe corporel

Sur le plan anatomique, l'axe corporel est constitué du tronc, du cou et de la tête. «*L'axe corporel est point d'appui à la fois physique et représentatif de l'action finalisée*» (André-Thomas et Ajuriaguerra, 1948). Selon A. **BULLINGER** l'intégration de l'axe corporel contribue à l'investissement du corps en permettant de ressentir la continuité entre les différents segments corporels. En effet, les mouvements vont s'organiser à partir de cet axe. L'axe corporel associé au fond tonique est le point d'appui indispensable aux fonctions instrumentales. Mais en plus, l'axe corporel permet et donne lieu aux élaborations psychiques. Il constitue le point d'ancrage du moi corporel, de la représentation du corps. Il intervient dans l'organisation des stimulations issues de l'environnement.

3.1.4 Du sentiment d'enveloppe à une peau psychique

Esther **BICK** fut la première à parler de peau psychique. Elle désigne ici l'idée que le psychisme se dote d'une capacité à être contenu. Le holding maternel, l'expérience apaisante du mamelon dans la bouche sont à la base de la fonction contenante qui conditionne la constitution d'une personnalité unifiée.

Dans la mesure où les premières expériences sont très corporelles, différents auteurs ont théorisé que c'était la peau, porteuse des récepteurs sensoriels, qui permettrait le

déploiement de cette enveloppe psychique. Cette enveloppe délimiterait un espace interne destiné à contenir les parties de la personnalité du nourrisson qui tendrait à se disperser.

ANZIEU développera ensuite le concept du « Moi Peau ». Selon lui le moi psychique s'étaye sur les sensations corporelles vécues à travers la peau. Le bébé peut se sentir rassemblé et contenu dans une enveloppe unique grâce aux sensations cutanées. La peau représente un sac contenant l'activité psychique : c'est la fonction de contenance du Moi Peau.

3.2 L'ancrage interactif :

3.2.1 Fonction contenante de Bion

A la naissance le nouveau-né n'est plus entouré d'une enveloppe permanente, il quitte l'enveloppe utérine de la période fœtale qui lui assurait des contacts continus. Dès lors, il devra composer avec un nouvel environnement, à la fois physique et humain. L'environnement humain offrira dès lors contacts non permanents et discontinus. **Le bébé aura dès lors besoin d'être contenu**, et plus particulièrement contre les angoisses auxquelles il est soumis et qui menacent son intégrité psychocorporelle, qui le désintègrent. L'état mental du bébé oscille entre des moments de désorganisation, de dispersion et des moments où il se sent rassemblé, unifié dans son corps et dans sa vie mentale. Le bébé va donc essayer de maintenir son état d'intégration afin d'avoir le sentiment d'exister. La capacité de maintenir cet état unifié est fragile car elle est parasitée par toute expérience nocive et désagréable, l'état mental du bébé étant étroitement dépendant de ses besoins physiologiques.

Au début de la vie le physiologique et le psychologique ne sont pas encore distincts ou commencent à peine à le devenir. C'est ce que **WINNICOTT** appelle « **l'unité psyché-soma** ». Le nouveau-né n'a pas d'autres moyens pour exprimer ses états somato-psychiques (ses besoins, ce qui va ou ne va pas pour lui) qu'en les expulsant sous forme de décharges motrices par des cris, des pleurs ou autres manifestations comportementales. Il y a alors une projection sur le parent des expériences angoissantes de l'enfant. Ces éléments a priori inassimilables par le psychisme sont appelés selon **BION** « éléments bêta » et doivent être évacués. Si tout se passe « suffisamment bien » pour reprendre le terme de **WINNICOTT**, le parent arrive auprès du bébé, cherche à comprendre ce qui ne va pas, et cherche à trouver quelque chose de satisfaisant pour lui comme le sein ou le biberon si l'enfant a faim. Il transforme cette projection et la rend « pensable », assimilable psychiquement : c'est la **fonction alpha**.

Les éléments « bêta » sont donc désintoxiqués par le parent grâce à sa fonction alpha et sa capacité de rêverie. Ainsi, la figure parentale contribue à la formation d'un psychisme chez l'enfant en lui adressant son propre psychisme. Progressivement cela permettra à l'enfant d'assumer seul ses expériences frustrantes ou angoissantes en se représentant l'objet absent. C'est le début de la pensée.

3.2.2 La boucle cognitive de BULLINGER

La boucle cognitive représente l'activité cognitive pour construire les représentations. La régularité des stimulations et des flux sensoriels porteurs de sens va permettre à l'enfant de comprendre son milieu de vie qui pourra alors adapter son état tonique en fonction des situations. A force de répétition, la perception des flux permet des habituations en présence de configurations sensori-motrices répétées. L'enfant, par son activité cognitive, va pouvoir extraire des invariants issus des régularités produites par l'interaction entre l'organisme et son milieu. En retour ces invariants vont permettre d'enrichir les échanges avec le milieu pour former des activités instrumentales de plus en plus organisées.

Les capacités représentatives vont pouvoir se stabiliser grâce au développement de ces coordinations sensorimotrices et vont permettre à l'enfant de pouvoir anticiper sur les actions à venir.

Cette activité psychique de représentation ne s'effectue que s'il y a un équilibre sensorimotricien.

« Pourvu que l'environnement physique et humain soit stable, régulier, prévisible, l'enfant puise dedans des invariants cognitifs (ou repères organisateurs) qui se répétant de façon régulière, vont pouvoir être anticipés par l'enfant et construire un répertoire cognitif »¹³.

3.3 Dans un environnement « suffisamment bon »

De nombreuses recherches ont mis en évidence l'importance de la qualité de l'environnement pour la construction du psychisme chez l'enfant. Le bébé capte par tous ses sens les informations provenant de son environnement tout en les intériorisant. D'abord dans un état de dépendance absolue, il se construit progressivement vers un état d'indépendance progressive. Un environnement adapté aux soins du bébé est alors essentiel au développement de l'enfant pour la construction de son monde psychique interne, des affects et des pensées

¹³ **BULLINGER A.**, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, ERES, La vie de l'enfant, 2007.

ainsi que la construction de sa personnalité. **WINNICOTT** parle d'un « *environnement suffisamment bon* », environnement qui inclut les relations mises en place avec l'enfant car un bébé n'existe pas sans une mère ou une personne faisant office de figure parentale qui lui donne les soins : « *un bébé ça n'existe pas* ».

Le bébé n'est pas une unité isolée. Si la mère s'ajuste, est adaptée dès le début de la vie aux besoins de son bébé, si elle est « suffisamment bonne », alors l'enfant peut se développer harmonieusement.

Le bébé naît avec un équipement neurocognitif qui permet l'émergence d'un grand nombre de compétences présentes de façon innée en dehors de toute éducation ou tout apprentissage. Le corps est déjà prêt à fonctionner mais il doit être recréé dans l'interaction avec l'entourage pour que l'enfant puisse se l'approprier. Le bébé investit son propre corps car il est d'abord l'objet d'investissement de son entourage. Son corps va devenir à la fois objet de connaissance pour l'enfant (schéma corporel) mais aussi un objet empreint de sentiment, d'affect (image du corps).

Grâce aux régularités qu'il peut établir avec son milieu, le bébé possède la ressource de se constituer un **arrière-fond** qui constitue à la fois une contenance physique, un appui matériel au niveau du corps notamment par le portage mais aussi une contenance psychique (capacité d'inertie relationnelle pour maintenir un dialogue tonique).

L'organisme deviendra instrumentalisé, habité seulement s'il a été l'objet de multiples relations satisfaisantes et organisatrices avec l'entourage, dans un environnement « suffisamment bon ».

PARTIE II LE BEBE A L'HOPITAL

I) Les services hospitaliers pédiatriques

Lors d'une hospitalisation, l'enfant et ses parents doivent s'adapter à un environnement peu familier. Il existe de nombreux services dédiés aux soins des tout-petits. J'effectue mon stage dans un centre hospitalier universitaire principalement au sein de deux services : l'unité de néonatalogie et l'unité de réanimation pédiatrique.

1. Les unités de Néonatalogie :

Les unités de Néonatalogie prennent en charge tous les enfants qui naissent à la maternité et qui nécessitent des soins spécialisés. Rattachées aux services de maternité, elles ne sont pas présentes partout. Les maternités sont classées en trois types en fonction du niveau de soins apportés aux nouveau-nés (décret du 9 octobre 1998) :

- **TYPE I** Les établissements de niveau I accueillent les futures mamans dont le déroulement de la grossesse et l'accouchement sont à bas risque. Cette maternité reçoit des nouveau-nés à terme eutrophique qui nécessitent des soins et une surveillance simple (surveillance glycémique, couveuse, perfusion de courte durée...).
- **TYPE II** Les maternités de niveau II prennent en charge des grossesses à risque modéré et possèdent un service de néonatalogie ou de soins intensifs néonataux sur place ou à proximité. Elles accueillent des enfants à risque dont l'état de santé nécessite des soins complexes et une surveillance continue, mais ne prodiguent pas de soins de réanimation. Les nouveau-nés sont admis après un séjour en réanimation ou arrivent directement de la salle de naissance.

On distingue les maternités de niveau II-a et de niveau II-b. Le niveau II-a assure les soins des enfants qui ont besoin d'être nourris par sonde gastrique*, d'être perfusés sur du long terme. Ils peuvent également bénéficier d'une oxygénothérapie à faible concentration. Le niveau II-b possède une unité de néonatalogie avec des soins intensifs permettant une surveillance plus rapprochée et une prise en charge de

pathologies plus lourdes. Cette unité peut dispenser des soins comprenant des cathéters centraux et toutes oxygénothérapies en ventilation spontanée.

- **TYPE III** : Enfin, les établissements de niveau 3 possèdent les mêmes missions que celles de niveau 1 et 2 mais sont spécialisés dans le suivi des grossesses pathologiques ou multiples, et dans la prise en charge de celles nécessitant une réanimation néonatale ou une chirurgie néonatale. Elles disposent d'unité de néonatalogie pouvant assurer des soins intensifs et de réanimation pour des enfants présentant des détresses graves (ventilation artificielle, soin continu et surveillance du nouveau-né intubé*).

Mon stage s'est déroulé dans un établissement de type III comportant deux unités néonatales, l'une située à la maternité (pôle mère-enfant) et la seconde au pôle pédiatrique.

- Le service de la maternité possède 15 lits en chambres individuelles, 3 chambres doubles réservées en priorité pour des jumeaux et 3 chambres mère-enfant. Ce service assez récent offre plus de chambres individuelles. Il accueille majoritairement des bébés nés prématurément et pouvant nécessiter de soutien respiratoire comme les CPAP*.

- Le service de néonatalogie au pôle pédiatrique dispose de 27 lits dont :
 - 9 chambres individuelles mère/enfant
 - trois box de 4 lits, en général pour des enfants nécessitant plus de surveillance
 - 2 chambres individuelles de soins intensifs
 - 3 chambres doubles mère/enfant accueillant prioritairement des jumeaux.

2. L'Unité de réanimation néonatale et pédiatrique :

L'unité de réanimation néonatale et pédiatrique, située au pôle pédiatrique, a une capacité actuelle de 22 lits. Quatre lits supplémentaires ont ouvert durant le mois de décembre pour pallier la recrudescence de bronchiolites* chez les enfants. Cette unité prend en charge des enfants de la naissance jusqu'à l'adolescence qui nécessitent des soins techniques car leur pronostic vital est engagé.

Le fonctionnement de l'unité de réanimation est spécifique, c'est un service fermé ne possédant qu'une seule entrée réglementée. L'accès se fait par un badge pour les professionnels et les parents doivent sonner pour y accéder. Les parents peuvent rentrer 24h/24 en respectant des règles d'hygiène pour limiter tout risque d'infection : lavage de main,

port de blouse et de masque dans les chambres. Les visites sont en général limitées, autant dans l'unité de réanimation que de néonatalogie où les règles d'hygiène sont moins strictes. Les parents doivent donc s'habituer à un environnement médical particulier comportant de nombreux appareils de soins avec une multitude de personnel soignant.

L'état de santé des nourrissons hospitalisés en réanimation n'est pas stable et nécessite une surveillance accrue. Les moyens humains déployés sont donc plus importants que dans les autres services.

3. Le corps soignant :

Les unités néonatales sont composées d'une équipe pluridisciplinaire travaillant en collaboration aussi bien auprès des enfants hospitalisés que de leurs parents

- **Les médecins** : chaque unité du service de pédiatrie a un médecin pédiatre référent. Ils assurent le suivi médical, la surveillance et la prescription concernant les enfants hospitalisés, réalisés également par les internes.

- **Les cadres infirmières** coordonnent la continuité, l'organisation et la mise en œuvre des soins dans les unités entre le personnel médical et paramédical. Elles s'assurent donc de la qualité des soins et des activités paramédicales, tout en gérant l'approvisionnement du matériel de soins.

- **Les infirmières puéricultrices** sont spécialisées dans les soins aux jeunes enfants. Elles réalisent les soins pour les nouveau-nés, établissent leur régime alimentaire, surveillent l'allaitement et travaillent en étroite collaboration avec les médecins. Elles ont un rôle important dans le soutien à la parentalité en conseillant et guidant les nouveaux parents sur les soins à apporter à leurs nourrissons. Elles sont assistées par **les auxiliaires de puériculture** dans les soins quotidiens. Les auxiliaires accompagnent également les parents et ont la charge de la réfection des lits et de la désinfection des locaux.

- **Les psychologues** peuvent rencontrer les parents qui vivent difficilement l'hospitalisation de leur enfant. Elles apportent une écoute rassurante aux parents désemparés face à la maladie ou aux difficultés de leur enfant. Elles soutiennent également les équipes soignantes dans certains contextes difficiles.

- **Les kinésithérapeutes** interviennent dès qu'il y a un trouble neurologique, articulaire et musculaire. Ils assurent la prévention orthopédique et la rééducation de certains positionnements articulaires ainsi que la kinésithérapie respiratoire.

- **L'assistante sociale** a pour mission de renseigner et de guider les parents dans leurs démarches administratives pendant l'hospitalisation de leur enfant et d'aider à organiser le retour à domicile. Son rôle est prépondérant en cas de précarité où elle intervient pour trouver les meilleures solutions pour les parents afin de garantir une qualité de soin et d'accueil.

- **Les psychomotriciennes** : leur rôle sera détaillé dans la 3^{ème} partie.

Chaque professionnel possède un champ de compétences qui lui est propre et retranscrit ses différentes interventions et observations dans le dossier de soin pouvant être consultées par tous les autres soignants. Des réunions hebdomadaires permettent à toute l'équipe de réfléchir et de faire le point sur la situation de chaque enfant. Ce travail transdisciplinaire assure la cohérence du parcours de soin de chaque patient et l'élaboration de projet de soin individualisé.

Dans les services de néonatalogie, la présence de l'assistance sociale et d'une infirmière de Protection Maternelle Infantile (PMI) lors des réunions permet de réfléchir au projet de sortie pour chaque famille. Cette dimension psycho-sociale a pour objectif de soutenir les familles et de les accompagner au-delà de l'hospitalisation.

II) Pourquoi une hospitalisation ?

A l'hôpital, les services de néonatalogie et de réanimation accueillent les bébés qui ont besoin de soins médicaux particuliers, mais quelles sont les raisons d'une hospitalisation parfois si précoce ?

1. Le bébé prématuré :

1.1 Définition :

L'Organisation Mondiale de la Santé définit comme prématurée toute naissance survenant avant 37 semaines d'aménorrhée* (SA).

La prématurité se découpe en trois stades :

- la prématurité extrême (<28 SA);
- la grande prématurité (entre la 28^{ème} et la 32^{ème} SA);
- la prématurité moyenne, voire tardive (entre la 32^{ème} et la 37^{ème} SA).

Aujourd'hui, la limite de viabilité d'un prématuré (limite en dessous de laquelle le bébé ne sera pas réanimé) est fixée entre 22-23 semaines d'aménorrhée (SA) et à un poids d'au moins 500 grammes.

On distingue 2 types de naissances prématurées : la prématurité d'origine spontanée due à un déclenchement précoce des contractions ou à la rupture prématurée des membranes et la prématurité induite médicalement, déclenchée par les équipes médicales si la poursuite de la grossesse représente un risque plus important (pour la mère ou le bébé).

1.2 Quelques chiffres :

En France, en 1995, la prématurité concernait 5,9% des naissances soit 45 000 enfants. En 2010 elle concernait 7,4% des naissances soit 60 000 naissances. On observe une augmentation de près de 15% du nombre de naissances prématurées (toutes confondues) en 15 ans. La France occupe le 10^{ème} rang en Europe pour le nombre de naissances prématurées.¹⁴

La prématurité constitue la cause la plus fréquente d'hospitalisation en néonatalogie. Au sein de l'unité de réanimation pédiatrique du CHU de Bordeaux, sur 540 enfants admis en 2009, 270 nouveau-nés ont été accueillis dont 170 étaient prématurés et 35 parmi eux avaient moins de 28 SA. En 2015 ces chiffres étaient respectivement de 533 enfants, 213 nouveau-nés, 110 prématurés et 43 de moins de 28 SA. L'enfant le plus petit, pris en charge dans l'Unité, pesait 460 grammes et était né à 24 SA. ¹⁵

1.3 Les principales complications :

La prématurité n'est pas une maladie. L'enfant né prématurément doit affronter un monde pour lequel il n'est pas prêt à faire face dû à l'immaturité de son organisme. Il est fragile et sujet à des risques de complications que je décrirai brièvement.

¹⁴ Source : Enquête Nationale Périnatale de 2010, cf. <http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html>

¹⁵ Source : <https://www.chu-bordeaux.fr/>

- **Respiratoires** : du fait de son immaturité pulmonaire, le bébé prématuré va présenter des difficultés respiratoires car il ne dispose pas ou très peu de surfactant (substance qui tapisse les poumons et permet les échanges gazeux). Il est également prédisposé dans les premiers mois aux infections et à la dysplasie broncho-pulmonaire (inflammation des bronches et des poumons).
- **Cardio-vasculaires**, essentiellement due à la persistance du canal artériel. Il s'agit d'une anomalie cardiaque entraînant des difficultés respiratoires chez l'enfant prématuré. Le canal artériel, présent chez tous les nouveaux-nés, est un canal situé entre l'artère pulmonaire et l'aorte. De manière générale ce canal se ferme spontanément durant les premières heures de vie en raison de la mise en route du système artériel pulmonaire. Certains médicaments permettent d'obtenir la fermeture du canal, ou bien le recours à la chirurgie s'impose pour éviter toutes complications (insuffisance cardiaque, lésions ischémiques...)
- **Neurologiques** par le risque d'hémorragie intra-ventriculaire, de leucomalacies périventriculaires (atteintes de la substance blanche)
- **Sensorielles** : la rétinopathie du prématuré est une maladie qui consiste en un dysfonctionnement des vaisseaux sanguins de la rétine. Elle est souvent en lien avec une oxygénothérapie de longue durée lors de la réanimation néonatale.
- **Digestives** : la principale est l'entérocolite ulcéro-nécrosante*, c'est-à-dire une inflammation de la muqueuse intestinale. Elle est très préoccupante car elle peut entraîner de graves complications.
- **Infectieuses** : l'immaturité du système immunitaire et les soins invasifs pratiqués en cas d'hospitalisation rendent l'enfant fragile à toutes sortes d'infections.
- **Métaboliques** : on peut retrouver des hypothermies, des troubles glycémiques car l'apport énergétique s'arrête brutalement à la naissance et le bébé prématuré n'a pas pu constituer de réserves, un ictère* etc...

Le parcours des enfants nés prématurément n'est donc pas simple. Plus la naissance a lieu tôt, plus les différents systèmes sont immatures et sont à l'origine de dysfonctionnement.

2. Les autres motifs d'hospitalisation :

Un enfant peut être hospitalisé dès la naissance ou plus tardivement pour différentes raisons. Ainsi il est plus fréquemment rencontré :

- Un retard de croissance intra-utérin* (RCIU)
- Des pathologies infectieuses, quelles soient néonatales ou bien survenant plus tardivement dans la vie de l'enfant.
- Des détresses respiratoires. Par exemple de nombreuses hospitalisations ont eu lieu au CHU suite à la recrudescence de bronchiolite* dès le mois de décembre 2015.
- Des pathologies neurologiques
- Des pathologies digestives
- Des troubles métaboliques
- Des maladies génétiques
- Des malformations nécessitant une opération
- Le post-opératoire

Mathis est né le 13 août 2015 à terme. Cet enfant présente une atrésie de l'œsophage de type 1, c'est-à-dire qu'il y a un défaut de continuité de l'œsophage qui se termine en cul-de-sac : les aliments ou la salive ne peuvent donc pas être amenés dans l'estomac. L'hospitalisation de Mathis en **néonatalogie** a été nécessaire dès sa naissance afin de prendre en charge sa malformation. En attendant l'opération chirurgicale visant à rétablir la continuité du tube digestif, une aspiration continue et une gastrostomie* ont été mise en place afin d'éviter tout risque de fausse route* et d'assurer son alimentation.*

Suite à l'oesocoloplastie, Mathis a été hospitalisé en **réanimation néonatale** car son état de santé demandait une surveillance plus accrue et des soins spécifiques.*

3. Le bébé hospitalisé, un bébé vulnérable :

Lorsque l'on parle d'un bébé à risque, on introduit la notion de vulnérabilité. Mais qu'est ce que la vulnérabilité ? Selon le dictionnaire « Robert » la vulnérabilité signifie la fragilité. Vulnérable vient du mot latin « vulnerare » qui correspond à ce qui « peut être blessé, atteint, frappé. Fragile, sensible. »

Il s'agit donc de se pencher sur le bébé et son entourage concernant les interactions avec le monde et les risques auxquels il est confronté dès sa naissance, et même avant. On cherchera alors par des moyens préventifs d'éviter l'évolution d'un processus déstructurant en soutenant et développant les ressources.¹⁶ Selon **TOMKIEWICZ** on ne parle plus alors de risque car celui-ci est quantifiable et repérable, alors que la vulnérabilité est une notion qualitative difficile à repérer. Elle se construit avec l'histoire de l'enfant en incluant les risques auxquels il est exposé. Aussi elle tient compte de l'équipement biologique de l'enfant (sa génétique) mais également des facteurs environnementaux. L'équipement se construit en relation, l'enfant n'est pas isolé. Les facteurs intrinsèques, propres à l'individu, peuvent déterminer l'apparition d'un trouble tout comme un environnement inadapté.

On peut donc considérer qu'un bébé dit vulnérable est un bébé prématuré ou né à terme avec une pathologie pouvant être atteint dans son développement en raison de son équipement biologique altéré et/ou d'un environnement particulier.

Cette notion de vulnérabilité peut être rapprochée des « périodes sensibles » évoquées par R. **VASSEUR** et P. **DELION**. L'enfant né prématurément ainsi que le nourrisson sont d'autant plus vulnérables qu'ils sont dans une période de développement qui les rend extrêmement réceptifs à l'influence de certaines expériences. Durant cette période, des conditions anormales de développements peuvent induire des changements fonctionnels qui ne correspondent pas au répertoire adulte normal.¹⁷

Dans quelles mesures l'environnement hospitalier peut-il altérer l'organisation et la construction neuro-motrice et psychique de l'enfant ?

III) Les conditions d'hospitalisation

1. Un environnement technique inapproprié :

Le milieu hospitalier plonge l'enfant et ses parents dans un environnement technique très pointu qui contraste brutalement entre la vie intra-utérine et la vie extra-utérine. Plus l'enfant est né prématurément et plus ce contraste est important. Les soins infirmiers et médicaux vont avant tout cibler les fonctions vitales afin d'assurer la survie du nourrisson. Celui-ci pourra être confronté à différents appareillages pour pallier ses défaillances.

¹⁶ **LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M.,** *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*

¹⁷ **VASSEUR R., DELION P.,** *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*

M-J. **MARTEL**, infirmière et professeure en sciences infirmières, décrit six sources de sur-stimulation¹⁸ liées à la surcharge de sens. En effet, le nouveau-né prématuré ou malade est assailli de sens qu'il n'est pas prêt à supporter du fait de son immaturité. Cela peut engendrer des conséquences néfastes dans son développement ultérieur d'un point de vue physiologiques, comportementales et motrices.

1.1 La sur-stimulation tactile :

Comme vu précédemment, le sens du toucher se développe très tôt dans la vie du fœtus grâce au liquide amniotique et aux parois utérines. A leur naissance, les enfants prématurés sont placés dans un **incubateur*** (couveuse) ou une table chauffante qui fait office « d'utérus artificiel ». Ce dispositif les aide à maintenir leur température, évite qu'ils se déshydratent et les protège de certaines infections. Ce nouveau milieu est cependant beaucoup plus grand que la matrice utérine et n'offre pas de contact avec les parois de l'incubateur. L'importance d'une contenance est importante à installer pour assurer la sécurité affective et psychique de l'enfant. Cette source de dystimulation tactile est de moins en moins présente dans les services de néonatalogie qui mettent en place des cocons de plus en plus ajustés et contenant.

La source la plus importante de sur-stimulation tactile provient des **manipulations** et des **soins** prodigués aux bébés : les changes, la pesée, les ponctions intra-veineuse... De plus ces soins peuvent être sources d'inconfort et de douleur. La prématurité et certaines pathologies comme des malformations de la sphère ORL nécessitent une alimentation au moyen d'une sonde naso-gastrique* ou bien une aide respiratoire à l'aide de lunette à oxygène ou d'un « hood »*, placé au niveau de la tête. La construction du schéma corporel du bébé s'établit à partir de ces tuyaux qui font partie intégrante de son corps et qui peuvent être sources d'irritabilité tactile.

Des recherches montrent qu'un nouveau-né prématuré est soumis en moyenne à 113 contacts par jour ! (Peters, 1999). Cette sur-stimulation a des conséquences physiologiques et comportementales comme l'apparition d'apnées, de bradycardie ou de tachycardie, d'hyperexcitabilité...

¹⁸ **MARTEL M.-J., MILETTE I.,** *Les soins du développement*, Editions du CHU Sainte-Justine, 2006.

1.2 La sur-stimulation olfactive :

Le bébé prématuré est baigné dans des odeurs spécifiques au milieu hospitalier et relatives aux soins (bétadine, alcool...) qui sont trop stimulantes pour lui. A contrario, ses expériences gustatives, déjà stimulées in utéro, sont quasi inexistantes s'il est nourri par sonde naso-gastrique*. Il peut développer des réactions d'hypersensibilité orale suite aux interventions comme l'introduction du tube d'alimentation. La succion et la déglutition seront aussi plus difficiles à acquérir.

1.3 Les sous-stimulations vestibulaires et gustatives :

Le sens vestibulaire est déjà présent dans l'utérus où le fœtus, stimulé par le liquide amniotique lors de ses propres mouvements et des mouvements maternels, est en apesanteur. Le fœtus développe le sens vestibulaire au sein de la cavité amniotique. Lors de la naissance, ce sens ne peut plus s'opérer dans l'immédiat car le bébé est soumis à la force gravitationnelle. On ne peut donc pas vraiment parler de sur-stimulation vestibulaire car ce sens est soumis à un environnement laissant peu de place aux mouvements, c'est pourquoi j'ai choisi de parler de sous-stimulation.

De même, les expériences gustatives, déjà stimulé in utéro, sont quasi inexistantes s'il est nourri par sonde naso-gastrique*. Il peut développer des réactions d'hypersensibilité orale suite aux interventions comme l'introduction du tube d'alimentation. La succion et la déglutition seront aussi plus difficiles à acquérir.

1.4 La sur-stimulation auditive :

Le fœtus est protégé à l'intérieur de l'utérus des stimulations sonores trop fortes. Les sons qu'il perçoit sont de basses fréquences et d'intensité moyenne (40 à 60 dB) puisqu'ils sont filtrés par la paroi utérine et par le liquide amniotique. Au contraire, le nouveau-né hospitalisé est soumis à de multiples stimulations sonores inadéquates pouvant perturber ce sens. Il est confronté à des sons de haute fréquence et de plus forte intensité, principalement dûs à l'environnement technique et humain. Il n'est pas rare qu'un capteur sonne indiquant une fréquence cardiaque augmentée ou abaissée.

1.5 La sur-stimulation visuelle :

In utéro la stimulation visuelle est très peu stimulée car la lumière est filtrée à travers les parois utérine et abdominale. Dans le service, l'éclairage est continu, parfois intense et source de stress chez le bébé : cela diminue la saturation d'oxygène cutané. Le sommeil peut aussi être perturbé.

A cela M-J. **MARTEL** ajoute la sur-stimulation motrice ou le positionnement inadéquat, qui sera développé dans une autre partie.

2. Le corps du bébé, l'expression d'une souffrance psychique :

La capacité à ressentir la douleur pour le nouveau-né et le nourrisson a été reconnue assez tardivement. Ce n'est qu'en 1987, grâce aux travaux du Dr K.J.S **ANAND** (docteur en anesthésie pédiatrique) qu'il a été démontré que le bébé pouvait percevoir une douleur physique, et ce dès la vie fœtale à partir de 24 à 30 SA.

Le bébé n'a qu'un seul moyen d'expression : son corps. Il exprime ses sensations de confort, d'inconfort voire de détresse à travers la modulation de ses états toniques et de ses comportements.

2.1 Quelques signes d'appel :

On peut observer chez le bébé hospitalisé des symptômes corporels témoignant d'une souffrance psychique précoce. Je décris ici les principaux en m'appuyant sur la classification établie par Martine **LAMOUR**.¹⁹

2.1.1 Au niveau de la sphère somatique

On peut observer la perturbation **du rythme Veille/Sommeil**. L'enfant se réfugie dans le sommeil pour se protéger des stimuli trop intenses, ou au contraire il est dans un état d'alerte permanent. Il est en hyper-vigilance face à l'entourage et ne peut s'endormir que dans un état d'épuisement.

Le bébé peut également régurgiter, vomir, être en refus de manger. Parfois l'enfant ne sollicite pas l'adulte pour montrer qu'il a faim, l'installation du rythme alimentaire est compliquée avec des troubles de la succion et une absence de plaisir lors de l'alimentation. Ces **troubles de l'alimentation** ont parfois une forte incidence sur sa croissance staturo-pondérale et peuvent générer de l'angoisse chez les parents.

¹⁹ **LAMOUR M., BARRACO M.,** *Souffrances autour du berceau, des émotions aux soins*, Interventions psycho-sociales, Ed. Gaëtan Morin., 1998

2.1.2 Au niveau de la sphère tonico-motrice

L'**hypotonie** ou son contraire l'**hypertonie** peuvent se présenter comme des signes de détresse chez l'enfant.

Selon Catherine **POTEL**, « *l'hypertonie et l'hypotonie, en dehors d'un contexte pathologique dû à des facteurs neurologiques ou génétiques, sont souvent les facettes d'un même symptôme, résultant de relations psychocorporelles insécurisantes et non contenantantes lors de la prime enfance* »²⁰.

- ✓ Les nouveau-nés **hypertoniques** sont raides, tendus, avec une contraction généralisée prédominante sur les muscles extenseurs. Cela peut être un moyen pour l'enfant de se protéger dans son corps pour « *pallier l'absence d'un portage psychique et corporel adéquat.* »²¹. Cette hypertonie freine ou empêche le développement des autres fonctions
- ✓ Les nouveau-nés **hypotoniques** à l'inverse sont des bébés « tout mous » qui semblent ne pas avoir de force, qui ne tiennent pas bien leur tête. Le portage peut être plus difficile.

Ces troubles toniques rendent difficiles les ajustements tonico-posturaux avec le parent, pouvant alors menacer les interactions parents-enfant.

D'autre part on peut constater des **troubles de la motricité** globale comme une passivité motrice de l'enfant et une lenteur de mouvement associée fréquemment à une hypotonie. Une activité motrice intense sans but, sans conduites exploratoires est préoccupante. Elle peut être le signe de carences affectives et d'un manque de sollicitation.

La stimulation répétitive d'une zone du corps ou encore **stéréotypie** s'observe chez le bébé qui ne peut contenir ses tensions internes. Ces activités répétitives ont pour fonction de pallier l'absence d'un objet externe, de se sentir exister.

2.1.3 Au niveau de la sphère relationnelle

Comportement de retrait

Le **retrait relationnel** bref est un mécanisme régulateur normal et important de l'interaction parents-enfant. Il devient pathologique lorsqu'il perdure dans le temps. L'enfant témoigne d'un évitement relationnel : fuite du regard, visage fermé et peu expressif... N. **GUEDENEY** considère que l'évitement du regard peut être associé à un comportement de

²⁰ **POTEL C.** « Quelles constructions fondamentales pour la psychomotricité ? », *Être psychomotricien*, Toulouse, ERES, «Trames», 2010

²¹ Ibid

retrait général, notamment dans la dépression précoce. Un certain nombre de bébés élevés dans un contexte de négligence souffrent de réactions dépressives précoces accompagnées d'une atonie générale.

Selon A. **CAREL**, les comportements d'évitement se décomposent le plus souvent en deux temps : une attitude de retrait ensuite suivie ou concomitante d'une extrême attention portée à un objet-source de stimulation sensorielle. L'attention du bébé, est tournée préférentiellement en direction des choses plutôt que des personnes, et ce de façon plus ou moins durable.

Conduites d'agrippement

Esther **BICK** appelle « agrippements » les moyens mis en œuvre par le bébé pour suppléer la déficience de « tenue ». Le bébé va porter frénétiquement son attention sur un objet, une lumière, une voix, une odeur ou tout autre objet sensoriel, ce qui lui donnera la sensation d'être contenu, porté et rassemblé.

Les agrippements sont selon elle la première organisation défensive mise en place pour lutter contre les angoisses primitives.

2.2 Un bébé isolé :

L'hospitalisation précoce peut mettre à mal les interactions parents-enfant. La première rencontre peut avoir lieu de manière différée dans un univers technique qui rend le bébé peu accessible pour les parents. Par exemple un enfant né prématurément offre à ses parents une image de grande vulnérabilité, et ces derniers ont besoin de temps et d'adaptation pour investir leur enfant. C'est donc en premier lieu l'équipe soignante qui prodigue les soins. Cependant l'organisation hospitalière (changement des équipes) et la présence entrecoupées et parfois les longues absences des parents ne permettent pas toujours de nourrir psychiquement l'enfant qui a besoin de soins affectifs réguliers. Un trouble de l'attachement peut survenir, l'attachement étant défini par **BOWLBY** comme un besoin primaire chez l'homme.

La présence du parent, d'une figure d'attachement stable est essentielle pour une bonne santé psychique de l'enfant.

« L'attention est un grand soin psychique tout à fait fondamental et structurant »

Bernard GOLSE

IV) Réflexion des soins du bébé hospitalisé

Les progrès de la médecine néonatale et de la technologie ont permis de sauver un grand nombre d'enfant nés prématurément à des âges gestationnels* de plus en plus précoces. Leur prise en soin fait l'objet de soins spécialisés extrêmement technique. Leur environnement est source de stress et non adapté pour leur cerveau encore en pleine maturation, ce qui pousse les équipes à faire évoluer leur pratique de soin afin d'améliorer la qualité de vie des enfants hospitalisés, qu'ils soient prématurés ou porteur d'une pathologie.

1. Historique des soins :

Le regard porté sur le nouveau-né a su évoluer au fur et à mesure des années. Il a été longtemps considéré comme un être passif qui subit les influences de son environnement, De même les soins prodigués aux prématurés étaient surtout ciblés sur les aspects somatiques, car on pensait que ces derniers étaient des êtres végétatifs. Ce n'est que depuis les années 1970 que l'on porte attention aux risques liés à la séparation mère enfant et que l'on considère le prématuré comme un fœtus en gestation externe pouvant être sur- ou sous-stimulé.

En 1980 aux Etats-Unis, le docteur H. **ALS**, psychologue en neuro-développement, et T. B. **BRAZELTON**, pédiatre, collaborent dans le cadre d'une recherche sur les sur-stimulations subies par le nouveau-né hospitalisé et les effets délétères qu'elles engendrent. On reconnaît alors que le bébé est doté de potentialités relationnelles en interaction avec son milieu et qu'il présente des préférences pour certains stimuli. De nombreux travaux ont permis d'établir la richesse des capacités du nouveau-né.

1.1 *L'évaluation du comportement néonatal :*

En 1973 T.B **BRAZELTON** met en place une échelle afin d'évaluer le comportement néonatal (Neonatal Behavioural Assesment Scale ou NBAS). Il s'agit d'un outil d'évaluation du nouveau-né sans équivalent qui explore toute la complexité du comportement néonatal. Cet outil montre que les compétences spécifiques de l'enfant (sensorielles, motrices, sociales) se développent en étroite interactions avec l'environnement. C'est aussi un outil d'intervention thérapeutique destiné à soutenir l'établissement des premiers liens entre le nouveau-né et sa mère. Cela « illustre la contribution du nouveau-né au système parent-enfant. L'échelle constitue un guide qui peut aider les parents et les professionnels à comprendre le nouveau-né, celui-ci ne communiquant uniquement à travers son comportement. **BRAZELTON** démontre

dès lors que le bébé naît avec des compétences et qu'il est capable de réagir à son environnement afin d'essayer de le maîtriser.

Cependant des chercheurs se sont aperçus que cette échelle était inadaptée pour évaluer le comportement des enfants prématurés. Quelques années plus tard, cette échelle fut adaptée par **ALS** en collaboration avec **BRAZELTON** pour répondre aux besoins des nouveau-nés prématurés. Il s'agit de l'APIB (Assessment of Preterm Infant Behavior), basée sur la théorie du développement de **ALS** que je vais détailler.

1.2 Théorie synactive du développement néonatal :

Elaborée en 1982 par **ALS**, cette théorie met en évidence que le développement du prématuré s'articule autour de 5 sous systèmes qui émergent indépendamment durant la période fœtale, mais qui s'imbriquent et interagissent les uns aux autres à mesure que l'enfant entre en relation avec son environnement. Ces sous-systèmes sont :

- ✓ le sous-système végétatif
- ✓ le sous-système moteur
- ✓ le sous-système des états de veille/sommeil
- ✓ le sous-système de l'attention/ interaction
- ✓ le sous-système de l'autorégulation

Le **système végétatif** est le premier à apparaître. Il est lié au cerveau primitif et est responsable des fonctions vitales. Il inclut la régulation des fonctions, comme le rythme cardiaque, la pression artérielle, la respiration, la coloration de la peau... Sans lui les autres systèmes ne peuvent fonctionner. Le nouveau-né doit d'abord établir une stabilité végétative avant de pouvoir passer au sous système suivant.

Théo est né au terme de 32 SA+2 jours avec une souffrance fœtale aiguë. Son score d'Apgar à la naissance était de 1 puis de 3 quelques minutes plus tard. Nous l'observons au terme de 38 SA+4 jours avec un poids de 1260 grammes. C'est un enfant qui est constamment endormi, il ne participe pas aux soins et ne réagit pas à son environnement. Il est décrit comme « malléable » par l'équipe soignante car lorsqu'on le porte, il reste comme une poupée de chiffon. On constate une absence de tonus, un visage restant fermé tout au long des soins : Théo manifeste un retrait global. Il renvoie un sentiment de malaise, de dévitalisation. Le domaine neurophysiologique est prédominant : c'est le sous-**système végétatif** qui organise Théo et tant qu'il n'est pas stabilisé, il entrave la régulation des autres systèmes.*

L'enfant pourra ensuite investir le **sous-système moteur** qui est caractérisé par la posture, le tonus musculaire, les mouvements généralisés du corps. Il deviendra ensuite habile à atteindre différents niveaux de conscience entre l'état de sommeil et l'état de veille (**sous système des états de veille sommeil**) ce qui lui permettra de maintenir une attention et d'entrer en relation avec son environnement (sous-système de l'attention/interaction). Enfin lorsque ces quatre sous-systèmes seront ancrés et stabilisés, le nouveau-né pourra adopter des comportements d'autorégulation. Il pourra retrouver une stabilité lors d'un stimulus négatif, potentiellement désorganisateur.

Toute stimulation non adaptée dans l'un des 5 systèmes provoque un retrait de l'enfant. Une stimulation adaptée favorise l'approche du bébé. Chaque sous-système est dépendant des autres, une désorganisation d'un sous-système entraîne une perturbation des autres systèmes. Par exemple si des soins sont réalisés alors que le bébé dort, cela va désorganiser le système veille/sommeil et être à l'origine d'une désorganisation motrice : mouvement d'extension. L'enfant peut en réaction avoir des difficultés à respirer.

2. L'implantation des soins du développement : le NIDCAP

Après avoir mis au point la théorie de l'organisation synactive du nouveau-né et suite à ses travaux fondés sur l'observation de l'enfant avant, pendant et après le soin, **ALS** définit en 1986 un programme d'intervention appelé **NIDCAP** : Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program. En France, le Programme Neonatal Individualisé d'Évaluation et de Soins de Développement a pour objectif de prendre en charge le nouveau-né **prématuré** d'une manière individualisée adapté à la fois à son terme et à sa capacité à supporter le soin. Le NIDCAP est précoce (débuté dès la naissance), personnalisé et intégré aux soins médicaux et infirmiers habituels. Le comportement de l'enfant est analysé avant, durant et après le soin dans le but d'adapter les soins prodigués et l'environnement à son niveau de développement. Centré sur l'enfant et sa famille, il offre également une guidance et un soutien aux parents pour qu'ils comprennent le comportement de leur bébé.

En France il y a peu d'institution hospitalière qui sont centre NIDCAP car ce programme nécessite une formation très spécifique du personnel soignant dans un cadre très protocolaire.

Les soins de développement sont une **philosophie de soins** dérivée du NIDCAP. Depuis plusieurs années, de nombreuses unités néonatales dans le monde ont adopté la philosophie

des soins du développement qui consiste à instaurer un « ensemble de stratégies environnementales et comportementales afin de favoriser le développement harmonieux du nouveau-né à terme ou prématuré » (LS. FRANCK et G. LAWHON, 2000). Pour cela des stratégies environnementales sont mises en place :

- ✓ la réduction des stimuli nocifs
- ✓ la diminution du niveau lumineux

*Au sein des services de néonatalogie et de réanimation, j'ai pu apercevoir des couvertures installées sur les couveuses surtout pour les grands prématurés.
Lorsque la psychomotricienne intervient auprès d'un enfant et de ses parents lors d'un change, elle n'hésite pas à solliciter la famille pour baisser le store afin que le bébé ne soit pas gêné par la luminosité.*

- ✓ la diminution du bruit lié au matériel et au personnel

*Sur mon lieu de stage, les soignants, parents auprès des couveuses chuchotent, les portes des chambres sont fermées ou entrebâillées afin de mieux isoler la pièce centrale.
Le service de néonatalogie rattaché à la maternité est récent, et la disposition du service a été pensée pour limiter les stimuli sonores : plus de chambres individuelles, portes coulissantes, une salle de soins pour un nombre de chambres limité (au lieu d'une grande pièce centrale desservant toutes les chambres).*

- ✓ la diminution des manipulations, le regroupement des soins

Le bébé vulnérable doit bénéficier de soins adaptés et individualisés. Pour cela il est nécessaire qu'il bénéficie d'un environnement calme, d'un positionnement physiologique et confortable. Ses rythmes veille /sommeil doivent être respectés au mieux. Cela prend en compte également la dimension alimentaire (le rythme doit être adapté en fonction des capacités et des besoins du bébé), mais aussi la dimension relationnelle : la famille doit être reçue dans les équipes en tant que partenaire de soins pour pouvoir accueillir et soutenir au mieux l'enfant. L'application des soins de développement nécessite l'adhésion et l'implication de toute une équipe pluridisciplinaire.

Les soins sont individualisés et impliquent d'observer l'enfant par des **regards croisés** entre différents professionnels et d'être en mesure d'analyser le comportement de l'enfant, son état de vigilance et sa capacité d'adaptation et de tolérance pour supporter les soins.

Le rôle des parents est primordial, ils sont la source principale de soutien et de réconfort pour leur enfant. Il n'est pas rare de voir dans les couveuses un foulard appartenant à la maman ce qui donne des repères odorant au bébé et le rassure.

Le but des soins de développement est la diminution du stress de l'enfant lié à l'environnement. Ce dernier est vu comme *«un collaborateur actif dans ses soins, déterminé à poursuivre sa trajectoire de développement dans une relation continue avec son environnement et ceux qui l'entourent»*. (Als, 1996)

3. L'approche sensori-motrice en néonatalogie :

L'approche sensori-motrice, développée essentiellement par A. **BULLINGER**, permet par l'observation du bébé en situation d'interaction avec son environnement, de relever les compétences et les faiblesses sensori-motrices de l'enfant. Elle nous donne une vision à la fois instrumentale et développementale pour comprendre le développement psychomoteur du bébé. La dimension interactive entre l'organisme et le milieu physique et humain est au cœur de cette approche. Cette approche aborde la notion des soins de **soutien** au développement.

L'approche sensorimotrice place l'enfant en tant qu'acteur de son développement et a un rôle de prévention. On recherche à **stabiliser l'équilibre sensori-tonique** du bébé en aménageant l'environnement et la qualité des soins. Pour ce faire on propose des appuis et des stimulations adaptées aux besoins du bébé. On cherche à garantir un confort au bébé et à renforcer son développement postural et sensorimoteur. Cette approche apporte des informations décisives concernant l'ajustement des soins du prématuré en vue d'optimiser son développement.

Anja **KLOECKNER**, psychomotricienne au sein d'un service de néonatalogie, a ainsi élaboré ses axes de travail²² autour :

- ✓ de l'intégration de soins sensorimoteurs dans les projets de soins (comme les sollicitations orales au moment des repas)
- ✓ du soutien de la relation parentale
- ✓ de l'adaptation de l'environnement

²² **KLOECKNER A.**, « Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon A. Bullinger », *Contraste* 2008/1 (N° 28-29), p. 157-178.

L'adaptation de l'environnement, dans une approche sensori-motrice, a pour intérêt d'intervenir sur l'enfant lui-même en lui proposant **des mises en forme corporelles**.

C'est cette notion de la mise en forme corporelle que je développerai dans le chapitre suivant, en retraçant l'historique du positionnement du bébé hospitalisé, jusqu'à la dynamique actuelle.

V) La prise en compte du positionnement du corps de l'enfant hospitalisé

Le positionnement fait partie des préoccupations des équipes soignantes et du psychomotricien dans les services pédiatriques et a su évoluer au cours des décennies. Nous allons voir dans quelles conditions la posture est source de confort et est propice au bon développement neuro-moteur de l'enfant.

1. Un peu d'histoire :

1.1 *Le constat des années 80 :*

Vers les années 80, en France, le positionnement des enfants hospitalisés en réanimation néonatale parisienne était assez alarmant : ils étaient « *attachés aux quatre membres, la tête maintenue entre deux sacs de sable, afin qu'aucun mouvement spontané ne leur permette de s'extuber ou d'arracher leur sonde* »²³. Les enfants étaient alors énervés, crispés et s'épuisaient inutilement en tirant sur leur attache.

De plus, les bébés étaient souvent installés en **décubitus ventral** pour faciliter la digestion et éviter les régurgitations. Les deux membres inférieurs étaient alors en déviation externe, et l'enfant était en incapacité de se mouvoir librement. Les équipes soignantes se sont alors aperçus que ce positionnement pouvait avoir comme conséquence l'apparition d'un valgus au niveau des deux pieds (pieds positionnés à l'extérieur) et que cela pouvait également majorer les déformations chez certains enfants déjà porteurs de malposition.

²³ AUBRIL A., BELLANGER E., MOATI M.H., VENY M., « Le positionnement du prématuré et du nouveau-né malade », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* n°2-1996. p 101 à 105.

Face à ces constats, les pratiques ont évolué : les sacs de sable ont rapidement été remplacés par des « couronnes » composées de coton et de jersey afin de contenir la tête en évitant l'hyperextension de la nuque et les plagiocéphalies, et par des protections autour des chevilles. Cependant, ce sont surtout les travaux d'Albert **GRENIER**, ancien pédiatre au centre hospitalier de Bayonne, qui ont permis une révolution des positionnements de l'enfant.

1.2 Vers une prévention posturale et développementale

1.2.1 Les travaux d'Albert Grenier

La motricité libérée

Albert **GRENIER** a mis en évidence les capacités du nouveau-né, en décrivant « **la motricité libérée** », c'est-à-dire libérée de la motricité réflexe du tronc cérébral, en établissant une communication intense avec l'enfant. Elle est obtenue en maintenant la nuque d'une main et en installant l'enfant en position assise avec qui l'adulte entre en relation. L'« état libéré » ainsi obtenu permet à l'enfant d'avoir une grande disponibilité sensori-motrice et relationnelle lorsqu'on le sollicite et qu'on contrôle l'impotence de sa nuque. Cela permet également un relâchement musculaire et un meilleur maintien du dos.

La connaissance de cet état libéré a profondément modifié l'approche clinique des petits nourrissons et notamment les examens neurologiques qui mettent en pratique cette notion en face d'un miroir lors des consultations de suivi. Le petit nourrisson installé assis ou semi-allongé sur le côté, va être amené à prêter toute son attention aux sollicitations de l'examineur puis à celle de ses parents en face du miroir. Nous avons là les prémices du concept de mise en forme corporelles développé par **BULLINGER**, ce dernier s'étant appuyé sur les travaux de **GRENIER**.



PHOTO 1 : Attitude spontanée du prématuré en position de grenouille écrasée

Source : www.psynem.org

Découverte de la position dite de « Grenier »

Les travaux d'Amiel-Tison et Grenier (1980) et de Grenier en 1988 se sont intéressés plus particulièrement au positionnement des enfants prématurés et des nouveau-nés à risque de séquelles neurologiques. Ces chercheurs ont démontré les effets de la position dite en « grenouille écrasée » du prématuré. Une telle posture entraîne un raccourcissement significatif des muscles qui assurent la fonction d'adduction et de flexion

des hanches ainsi qu'une déformation du fémur. Si le cerveau de

l'enfant est lésé, une déformation précoce des hanches risque d'entraver le devenir de la marche de l'enfant qui se fera alors en ciseaux.

C'est ainsi que Grenier a préconisé pour les enfants nés prématurément une position fonctionnelle : le maintien des membres inférieurs à l'aide d'un lange installé sous les genoux lorsque l'enfant est sur le dos, ou sous le bassin en position ventrale. Ainsi les hanches sont soutenues en flexion-abduction et en légère rotation externe, ce qui correspond à une position physiologique adoptée par le bébé né à terme et bien portant.

1.2.2 Les travaux de Laurence Vaivre-Douret :

VAIVRE-DOURET reprend les travaux de **GRENIER** et démontre que la position couchée prolongée sur le dos ou sur le ventre depuis la naissance induit des effets délétères chez les bébés. Le suivi d'une cohorte de nouveau-nés à terme élevés en décubitus ventral met en évidence des anomalies posturales²⁴ comme :

- ✓ Une rotation externe des membres inférieurs et une déformation orthopédique des pieds
- ✓ Une posture en chandelier des membres supérieurs : les épaules étant en rotation externe, l'enfant ne peut plus rapprocher ses bras du corps, et ses mains au niveau de son visage.
- ✓ Une tendance à l'opisthotonos, c'est-à-dire une contraction généralisée des muscles extenseurs. On observe une hyperextension de l'axe avec la tête qui est rejetée en arrière.
- ✓ Un aplatissement de la tête : la plagiocéphalie
- ✓ Des patterns de mouvements anormaux induisant des retards dans les acquisitions développementales et dans les premières coordinations.

Ces études ont permis de mettre au point différents dispositifs plus performants depuis plusieurs années dans un but de prévention des troubles orthopédiques et neuro-développementaux.

L'installation du bébé dans des cocons de plus en plus ajustés offre de meilleures attitudes fonctionnelles et des possibilités de mouvements essentiels à son développement.

²⁴ **VAIVRE-DOURET L.**, « Du développement neuromoteur et psychomoteur de Julian de Ajuriaguerra aux recherches actuelles », *Julian de AJURIAGUERRA : Développement corporel et relation avec autrui*, p 91-127.

2. L'intérêt de la mise en forme corporelle :

2.1 Pré-requis :

In utero, le fœtus est sollicité par le liquide amniotique et par les pressions de son propre corps contre les parois utérines ainsi que par les mouvements de sa mère. Il vit déjà des expériences corporelles en étant dans une enveloppe contenant, l'utérus. Les flux sensoriels entraînent des réactions en extension contenues par la paroi utérine, ce qui rend les muscles du dos actifs.

En quittant la matrice utérine, le bébé entre soudainement dans un univers où il est soumis à de nouvelles conditions de vie. Les effets de la pesanteur s'exercent pleinement ce qui oblige l'enfant à réorganiser sa tonicité et sa posture. Il perd le regroupement qui lui était imposé par l'enveloppe utérine, ce **dialogue tonique** est interrompu : le bébé n'a plus de limites autrefois permises par les contacts contre la paroi utérine. L'aisance des mouvements dans le liquide amniotique n'est alors plus possible, et l'absence de maintien de la tête ne permet pas au système vestibulaire de réguler sa posture, ce qui peut entraîner des angoisses de chute. Ainsi le positionnement et les mises en forme du corps face à la gravité sont fortement dépendants du flux gravitaire.

Le bébé vit alors dans son corps de nouvelles expériences qui peuvent être angoissantes : Mélanie **KLEIN** élabore la notion d'« **angoisses archaïques** » propre à cette période, où l'enfant a la sensation de tomber en morceaux et de ne pas être en relation avec son corps.

Les réponses en extension à la naissance sont donc prédominantes et ne sont plus contrebalancées par l'enroulement. Il faudra 6 à 7 mois pour que l'enfant puisse investir sa musculature antérieure afin de retrouver la posture d'enroulement. Avant cela, le bébé est très dépendant de son environnement pour construire les limites de son corps et l'investir. Le milieu humain a un rôle essentiel pour compenser le déficit d'enroulement, notamment par le portage.



PHOTO 2: Réponses en extension d'un nouveau-né prématuré

La mise en forme du corps du bébé a pour principe de rendre l'enfant acteur de son développement. Le bébé a besoin de retrouver un état d'équilibre afin de pouvoir organiser sa motricité. Il dispose à la naissance de quelques postures qui constituent son répertoire de base, et c'est une mise en forme posturale asymétrique qui va favoriser l'interaction.

2.2 Posture asymétrique

Les postures que peut adopter un nouveau-né ont été décrites par **CASAER** en 1979. Les postures asymétriques appelées aussi « position de l'escrimeur » ou bien *asymmetric tonic neck posture* (ATNP) sont présentes dès la naissance et créent une organisation sensori-motrice particulière car la répartition du tonus n'est pas identique sur les deux côtés du corps. Le côté où la tête est tournée est plus tonique, le bras est le plus souvent en extension et « la main dans la zone de vision focale. C'est cette main qui assurera plus tard les conduites de pointage. L'autre bras est moins tonique, le plus souvent en flexion dans la zone proche de l'oreille. L'appui est ainsi centré sur l'ischion opposé au côté où la tête est tournée, et la nuque, le dos et le bassin sont en flexion. Cette posture offre des contacts main-bouche.

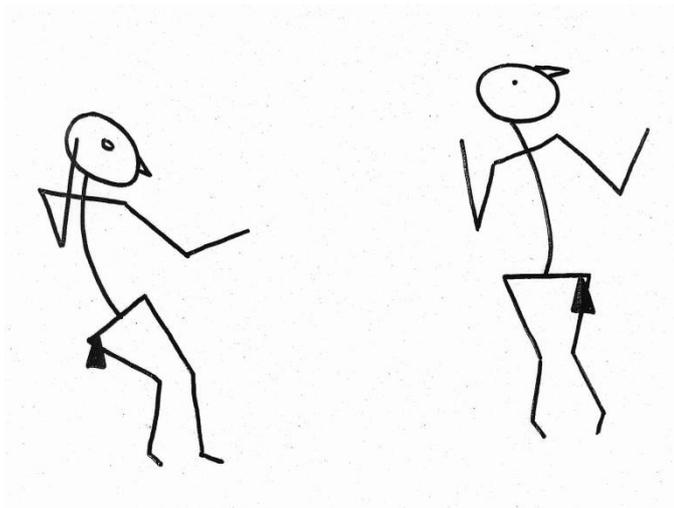


FIGURE 2: A gauche : ATNP. A droite : Posture en hyper-extension.

En absence de soutien, on observe une **inversion des points d'appui** : l'appui est centré sur l'ischion du côté du visage. La courbure du dos s'inverse alors avec la tête qui est rejetée en arrière et le buste est en situation **d'hyper-extension**. Le passage à la posture en flexion est alors impossible. De plus si l'hyper-extension s'installe « *elle ne permet pas les rotations du buste et perturbe sérieusement les coordinations visuo-manuelles* ». ²⁵

²⁵ **BULLINGER A.**, « Le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson », *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, ERES, 2007.

Ce déséquilibre entre les schèmes de flexion et d'extension peut entraîner une difficulté à joindre les mains dans le plan médian, une perte de la liaison visuo-manuelle, et une difficulté de l'installation des rotations du buste essentielles au passage d'une posture à une autre.

La posture asymétrique constitue « un état privilégié où le bébé est présent et orienté dans son environnement physique et humain. »²⁶ Elle privilégie une orientation vers les objets du milieu et détermine aussi une dominance visuelle. L'œil du côté où la tête est tournée est dominant et permet au bras du même côté d'être dans le champ visuel focal.

Le bébé pourra alors, lorsque le redressement du buste sera suffisant, passer d'une posture asymétrique (droite ou gauche) à une autre par un mouvement de bascule latérale, en rendant possible le changement des points d'appui au niveau des ischions. La courbure de la colonne vertébrale et la régulation tonique seront modifiées ainsi que la dominance oculaire.

Ainsi, « la coordination des postures asymétriques gauche et droite permettra de constituer un "axe corporel", premier point d'appui à la fois physique et représentatif pour les futures fonctions instrumentales »²⁷.

2.3 Posture symétrique :

A l'inverse une posture symétrique, observable également à la naissance, privilégie plutôt la centration du bébé sur lui-même au niveau de la zone orale. « Les mains, dans leur mouvements, peuvent être captées par cet espace oral, le bébé engage alors une activité de succion qui le mobilise complètement ».²⁸ On retrouve dans cette posture une hypotonie du tronc associé à une hypertonicité des extrémités. L'équilibre postural est alors fragile et peut-être compensé par un **tonus pneumatique**, c'est-à-dire un blocage de la respiration afin de pouvoir redresser le buste.

« Ce mode de recrutement tonique limite considérablement la durée des échanges sociaux. Le buste s'effondre lorsque l'enfant reprend sa respiration et le contact avec autrui est perdu. »²⁹

²⁶ BULLINGER A., « Vision, posture et mouvement chez le bébé ; approche développementale et clinique », *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, ERES, 2007, p. 99.

²⁷ BULLINGER A., « Le concept d'instrumentation : son intérêt pour l'approche des différents déficits », *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, ERES, 2007, p. 51.

²⁸ BULLINGER A., « Le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson », *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, ERES, 2007, p. 81.

²⁹ Ibid

L'équilibre postural est fragile, l'enfant dépense beaucoup d'énergie pour assurer sa respiration (tonus pneumatique), les musculatures du dos vont dans le même sens et le flux gravitaire a un rôle antagoniste.

Si le point d'équilibre est dépassé, ces 3 forces vont dans le même sens et l'enfant est en extension majeure (chute en arrière).

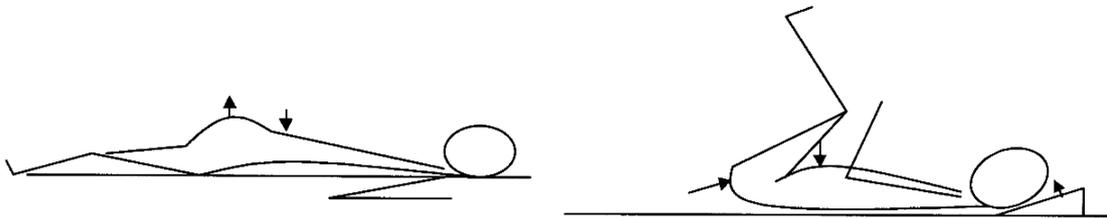


FIGURE 3 : A gauche : enfant installé sur une surface plane. A droite : schéma d'enroulement initié par un soutien au niveau de la nuque et du bassin³⁰.

En apportant des appuis au niveau du bassin et de la nuque, on favorise l'enroulement et une rééquilibration des forces. L'ajustement des forces de la gravité avec la mise en flexion assure un **équilibre antéro-postérieur** qui a pour effet de libérer la respiration de sa fonction tonique pneumatique. Les conduites se modifient :

- ✓ L'enfant peut **explorer visuellement** son environnement et son corps, son regard n'est plus accroché à un objet saillant qui lui permettait un « ancrage postural »
- ✓ Le schéma d'extension est moins présent et la motricité des membres supérieurs et inférieurs est plus **mobile et plus ample** : les bras « peuvent quitter la surface d'appui, venir sur le ventre, se présenter dans le champ du regard »³¹, les pieds sont saisis et explorés par la bouche grâce à l'investissement du bassin.
- ✓ Il y a un meilleur **ajustement tonique** (pied explorateur)

³⁰ BULLINGER A., « Perspectives théoriques pour l'étude du développement sensori-moteur », *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, p 43.

³¹ BULLINGER A., « Perspectives théoriques pour l'étude du développement sensori-moteur », *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, p 42.

2.4 Les espaces de préhension :

Les postures asymétriques déterminent des espaces droit et gauche disjoints avec la bouche comme relais. C'est la posture symétrique en flexion qui permet la découverte de l'espace oral.

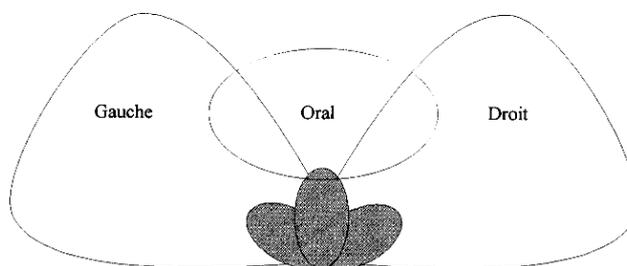


FIGURE 4: Espaces gauche, droit et oral déterminés par les postures adoptées³²

Les redressements et la rotation du buste vont permettre d'unifier et deordonner les espaces droit et gauche. Il y aura un relais assuré par l'espace oral, l'unification de ces espaces via la sphère orale crée un espace unifié, l'espace de préhension.

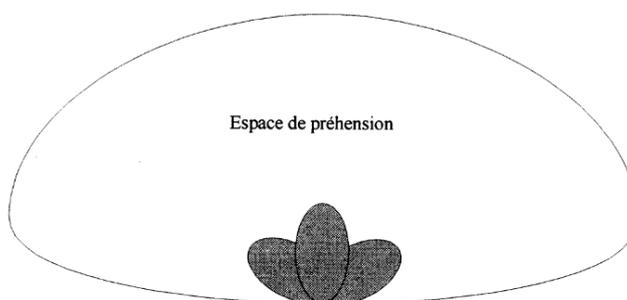


FIGURE 5: Espace de préhension unifié³³

Cet espace permet alors la coopération des mains d'abord dans les zones proches de la sphère orale. La posture va dans un premier temps déterminer la dominance manuelle, tout comme le côté où se situe l'activité. La main gauche est donc plus tonique et sert de point d'appui dans l'espace gauche, ce qui permettra à la main droite de se saisir de l'objet.

L'exploration de l'espace oral assure les premières **coordinations bimanuelles** qui vont progressivement se déployer dans les différents espaces. Les mains ne seront alors plus dépendantes de la posture et exerceront des mouvements différenciés (une main qui tient, la seconde qui exécute un mouvement plus ample).

³² BULLINGER A., « Le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson », *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, ERES, 2007, p. 88-89.

³³ Ibid

Le pré-requis indispensable pour que puisse émerger la dominance manuelle est **l'équilibre sensori-tonique** de chaque côté du corps. Un déséquilibre tonique, moteur ou visuel pourra empêcher la coordination bimanuelle de s'installer. De même un déficit de tonus axial ou une difficulté de régulation tonique, par la perturbation de la stabilité des points d'appuis, peut être un obstacle à l'installation de la coordination des postures asymétriques. *« Cette instabilité détermine une difficulté majeure dans le contrôle du mouvement et affecte particulièrement le contrôle de l'adresse finale du geste »*³⁴. Les praxies peuvent donc être affectées.

Grâce à l'espace de préhension, l'enfant pourra traiter les différents objets présents à l'intérieur. Il accédera aux premières représentations spatiales par le biais de la coordination de la posture avec sa vision.

2.5 Les effets de la mise en forme corporelle :

La mise en forme corporelle, dont le positionnement asymétrique fait partie, assure des effets bénéfiques pour le développement tonico-postural de l'enfant.

Elle prévient les raccourcissements musculaires et assure un équilibre entre les chaînes musculaires antérieures et postérieures. Elle offre des appuis et des soutiens indispensables qui favorisent l'activité spontanée et augmente l'efficacité du diaphragme. L'enfant n'est alors plus dans un tonus pneumatique qui le bloque dans l'interaction. La mise en forme du corps qui apporte l'enroulement physiologique permet de détendre le tractus digestif et favorise le sentiment de sécurité ainsi que la sensation d'un corps unifié par la perception de l'ensemble du corps. Enfin, elle soutient la vigilance : l'enfant peut accéder aux différents flux sensoriels sans y être submergé et interagir avec son environnement. *« Les flux visuels jouent un rôle important dans la régulation tonico-posturale, les mises en formes et l'orientation du corps »*.³⁵ Ils permettent de contrôler la posture, de situer le corps dans l'espace et de régler les mouvements des bras lors de la prise et la manipulation d'objets.

³⁴ BULLINGER A., « Le concept d'instrumentation : son intérêt pour l'approche des différents déficits », *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, ERES, 2007.

³⁵ BULLINGER A., « Le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson », *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, ERES, 2007.

L'enfant se construit à travers son corps, et son développement peut être mis à mal dans un environnement non adapté.

Le positionnement du bébé hospitalisé a toujours été remis en question et à évoluer au fil du temps, preuve de son importance. De nombreux chercheurs se sont penchés sur cette question ce qui a permis d'améliorer la qualité de vie du bébé à l'hôpital.

Cela rentre particulièrement dans le champ d'action du psychomotricien qui contribue avec l'ensemble de l'équipe soignante à l'amélioration de l'environnement. Il est de plus particulièrement sensible aux manifestations du corps et a un rôle à jouer dans la prévention posturale. La notion de mise en forme corporelle introduite par l'approche sensori-motrice de **BULLINGER** tend à rendre l'enfant acteur de son développement en lui proposant des postures qui lui permette d'agir et de ne pas subir son environnement. La posture constitue en effet le support de l'activité motrice spontanée, des coordinations sensorimotrices et de la vie relationnelle. Posture et perspective développementale sont indissociables.

Nous allons voir dans cette dernière partie quelle posture le psychomotricien exerce dans un service de néonatalogie et de réanimation pédiatrique.

PARTIE III : LA POSTURE DU PSYCHOMOTRICIEN AU SEIN DES SERVICES PEDIATRIQUES

« Le thérapeute se positionne comme un observateur, un lecteur des mots du corps qui s'enchaînent, cohérents ou non, pour raconter l'histoire de la rencontre entre le corps de la mère et le corps de l'enfant »³⁶

La spécificité de la psychomotricité est de considérer l'individu dans sa globalité en intervenant sur le corps. Ce concept s'applique de manière évidente dans les services de néonatalogie et de réanimation car le corps du nouveau-né est en devenir et en souffrance. Le psychomotricien est particulièrement attentif aux manifestations corporelles, aux gestes et à la posture qui ont valeur de communication. Il sera également à l'écoute des parents présents et des différents acteurs de soin.

Le psychomotricien occupe une place différente des autres soignants, c'est un intervenant «non vital », qui a la chance de ne pas agir dans l'urgence et la précipitation. Il va intervenir de manière multiple auprès de l'**enfant** et de ses **parents** qui peuvent se sentir démunis, mais aussi auprès des **soignants** dans des activités de co-soins ou de conseils sur le comportement d'un bébé. Nous verrons dans un second temps que la mise en forme corporelle a une importance dans le confort de l'enfant et dans la façon de percevoir l'enfant, aussi bien pour les parents que pour les soignants.

I) Auprès du bébé vulnérable et de sa famille

1. Les indications de soin en psychomotricité :

Toute prise en soin en psychomotricité nécessite une prescription médicale. Le psychomotricien est alors amené à rencontrer l'enfant hospitalisé dans les cas suivant :

- Les bébés nés prématurément **en dessous de 33 semaines d'aménorrhée**. On entre dans le cadre de la grande prématurité : ce sont des enfants ayant un risque plus important d'avoir des séquelles neuro-motrices, neuro-développementales et comportementales.

³⁶ GAUBERTI M., *Mère-enfant : à corps et à vie*, Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces, MASSON 1993, page 74

- Les bébés présentant des **troubles de la régulation tonique** : hypotonie globale, hypertonie.
- Les bébés porteurs d'une **anomalie génétique** (pathologie génétique et/ou syndromique),
- Les nouveau-nés ayant subi une **anoxie néonatale** et qui sont donc plus à risque de présenter des déficits neuro-moteurs (lésion au niveau du cerveau)
- Les bébés présentant des troubles sensoriels, des troubles du lien, où le toucher, le portage peuvent être mis à mal, ou avec des troubles comportementaux.
- Les bébés dont la maladie et la vulnérabilité nécessitent plusieurs mois d'hospitalisation.

2. La première rencontre :

La première rencontre est un temps important avant de débiter toute prise en soin. Il est nécessaire avant de s'avancer auprès du bébé et de ses parents, de prendre connaissance de l'anamnèse du patient : le terme de naissance, les conditions de l'accouchement, voir si on a décelé une maladie chez l'enfant. Les transmissions des autres soignants sont également importantes pour connaître le contexte familial et avoir un aperçu de l'hospitalisation du bébé, des éventuelles difficultés rencontrées ainsi que de son état clinique.

Cette première rencontre qui se déroule le plus souvent dans la chambre de l'enfant a pour objectif de faire connaissance avec les parents et leur bébé. Le psychomotricien va tout d'abord se présenter et expliquer son rôle au sein du service. C'est également l'occasion d'éclairer les parents sur ce qu'est la psychomotricité. Il se présente comme un professionnel attentif au confort de l'enfant, à ses manifestations corporelles et à son développement psychomoteur. Il porte attention au vécu corporel et à l'environnement de l'enfant et est disponible pour répondre aux questions des parents concernant le développement psychomoteur et en donner des repères. De cette façon, il pourra prévenir d'éventuels retards ou troubles du développement.

Lorsque le psychomotricien rencontre les parents **d'un bébé né prématurément**, il explique que leur enfant continue à évoluer dans un milieu différent du milieu utérin. C'est pourquoi l'équipe est attentive à l'environnement et qu'elle propose une protection sensorielle qui évolue avec le développement du bébé comme le cocon. Le psychomotricien cherche à savoir si les parents trouvent que leur bébé a fait des progrès depuis sa naissance : quel est son caractère ? Reste-t-il éveillé plus longtemps ? Comment bouge-t-il ? Le ressenti des parents est également important à prendre en compte, certains parents peuvent se sentir démunis face aux comportements de leur bébé. Ainsi le professionnel pourra alors se représenter de quelle façon

l'enfant est investi, porté par ses parents, et il pourra accompagner ces premières relations. Il expliquera également qu'un suivi sera mis en place dans le cadre de la prématurité un mois après la sortie de l'hôpital (consultation conjointe pédiatre/psychomotricien).

Nous rencontrons les parents de Léo et Yohan pour la première fois. Ce sont des parents de jumeaux nés à 32 SA. Cette rencontre a lieu dans un secteur accueillant deux autres bébés nés prématurément. Les parents portent chacun un de leur enfant dans les bras, le père nous semblant être plus contenant dans le portage. Ces jeunes parents nous paraissent un peu hagards face à leurs deux bébés. Nous nous présentons et nous nous installons en face d'eux afin de créer un sentiment de contenance pour cet entretien.

La psychomotricienne explique qu'elle rencontre tous les bébés nés avant 33 SA pour observer leur développement psychomoteur et accompagner les parents dans ce contexte de naissance particulier. Elle demande aux parents s'ils vont bien, et le père évoquera leurs difficultés pour venir à l'hôpital voir leur fils. Il ne s'imaginait pas du tout que la naissance allait se dérouler de cette façon. La maman est plus sur la réserve mais acquiesce les propos de son conjoint. La majorité des parents de bébés prématurés sont très marqués par ces naissances avant terme.

Malgré ces appréhensions, ces parents sont très présents auprès de leurs bébés, et ils pourront nous expliquer à quoi sert le cocon : « c'est pour recréer l'environnement du ventre de la maman ? »

Cette rencontre est aussi l'occasion pour les parents de partager ce qu'ils ont déjà perçu de leurs enfants, ils différencient très bien Léo et Yohan dans ces premiers moments de vie : Yohan est beaucoup plus tonique, éveillé alors que Léo est beaucoup plus calme et dort plus.

A travers cet échange, les parents ont pu laisser émerger leurs inquiétudes et leurs interrogations.

Dans le cadre d'une rencontre d'un **enfant hospitalisé en dehors d'un contexte de prématurité ou proche de la période post-natale**, le psychomotricien cherchera à savoir comment l'enfant était à la maison, c'est-à-dire quel est son caractère, ses différentes acquisitions motrices, ses jeux favoris... L'établissement du profil de l'enfant permettra d'ajuster au mieux les prises en soin à ses besoins.

3. L'évaluation psychomotrice :

3.1 Quand ?

Comme nous l'avons vu précédemment, le psychomotricien rencontre tous les bébés prématurés nés avant 33 SA. Un temps d'évaluation est réalisé **autour des 34/36 SA** car cela correspond à la période de myélinisation du système moteur supérieur qui est responsable de la

motricité volontaire. La motricité corticale en cours de maturation prend progressivement le pas sur la motricité sous corticale dite également réflexe. La demande peut également provenir de l'équipe médicale lorsque le développement psychomoteur et/ou le comportement d'un bébé suscite de l'inquiétude (par exemple comportement de retrait, troubles de la régulation tonique, maladie génétique etc...).

Il est important de créer des **conditions optimales** lors de cette évaluation. Le psychomotricien doit s'assurer de la disponibilité du bébé : quel est son état de vigilance ? Quand a eu lieu la dernière tétée ? Il y a-t-il eu des examens ?

Le professionnel observe le bébé lors d'un éveil calme, à distance de la tétée et des soins pour un bébé né prématurément au sein du service de néonatalogie. Ces conditions optimales ne sont pas toujours rendues possibles, notamment dans le service de réanimation pédiatrique où les premières rencontres s'effectuent le plus souvent durant les soins, ce qui permet d'évaluer les ressources de l'enfant et son confort postural.

Une attention particulière est portée à **l'environnement** qui doit limiter les stimulations sensorielles et le nombre de personnes présentes afin qu'il soit propice aux interactions. L'évaluation s'effectue le plus souvent possible en présence des parents, afin de leur montrer les compétences de leur enfant, ses capacités mais aussi ses difficultés. Un partenariat s'établit entre le psychomotricien et les parents, ces derniers n'hésitent généralement pas à intervenir pour compléter les observations de leur bébé sur les plans comportemental et moteur. Le partenariat avec les soignants est également essentiel pour connaître les ressources de l'enfant et son état clinique.

3.2 Comment ?

Les psychomotriciennes exerçant dans les unités de néonatalogie de Bordeaux ont élaboré leur propre grille d'évaluation servant de base pour l'observation des bébés hospitalisés. Cette grille a été régulièrement modifiée et enrichie par la clinique et les formations des psychomotriciennes. Elles se sont appuyées des travaux de **GRENIER**, de **VAIVRE-DOURET** et des items du **Brunet Lézine-Révisé** pour construire le contenu de la grille d'évaluation.

Le premier temps est centré sur **l'observation générale** du bébé qui permet d'avoir un aperçu du comportement, de l'installation et de la motricité spontanée.

L'évaluation se poursuit ensuite par un **examen postural** où les réactions du bébé aux mouvements et aux changements posturaux induits seront appréhendés : position semi-assise favorisant une motricité libérée, décubitus dorsal, décubitus latéral droit et gauche, décubitus ventral. A travers ces observations dirigées le tonus postural et le tonus d'action sont évalués. Suivant l'âge des nourrissons, le psychomotricien pourra observer la coordination oculo-manuelle et la préhension.

Enfin l'évaluation ciblera plus spécifiquement la **qualité de l'interaction** de l'enfant (envers ses parents et le praticien) et ses **réactions aux stimulations auditive, tactile, visuelle**. Le professionnel cherche ainsi à mettre en évidence les fonctions neurosensorielle, qui reflètent la capacité du nourrisson à s'organiser en fonction des stimuli proposés. La coordination visuo-auditive est présente dès la naissance et est mise en évidence lors de l'évaluation. Une attention sera portée à l'**ajustement tonico-émotionnel** du bébé (consolabilité, comportement d'autorégulation, portage...).

Ainsi c'est à la fois l'équipement neuro-moteur et les capacités relationnelles de l'enfant qui sont évaluées. L'évaluation psychomotrice et les actes réalisés par le psychomotricien sont placés dans le dossier de l'enfant et sont à la disposition de l'équipe médicale et paramédicale.

3.3 Un exemple d'évaluation psychomotrice : Arthur

Arthur est né à 31 SA+6 jours pour 1300 g. La grossesse est gémellaire et sa soeur présente un poids de naissance de 1700 g. Il s'agit d'un grand prématuré hypotrophe. Quand je le rencontre, il a 35 SA + 3 jours et a un mois de vie. Il se trouve dans l'unité de néonatalogie.

Nous rencontrons Arthur et sa maman au moment du change. Arthur est alors installé sur la paillasse en décubitus dorsal, avec une posture figée en extension. Nous remarquons tout de suite que la luminosité de la chambre est importante et désorganise Arthur (yeux plissés, extension). Nous proposons à la maman de baisser le store et d'apporter de la lumière artificielle plus douce.

Arthur est éveillé et oriente spontanément son regard vers la voix de sa maman. Nous constatons que sa maturité n'est pas suffisante pour lutter contre le flux gravitaire car il maintient une attitude en extension sans enroulement spontané (bras en chandelier, jambes tendues). La maman semble avoir conscience de l'attitude générale de son fils et nous raconte avec humour que son pyjama et sa brassière doivent l'empêcher de bouger comme il le souhaite. Arthur a en effet besoin d'être emmitouflé car il ne régule par encore très bien sa température.

La psychomotricienne parle doucement à Arthur qui oriente très bien son regard vers son visage. Ce lien auditivo-visuel est symétrique. Lorsqu'elle le sollicite tactilement au niveau de la main, il s'agrippe très fortement et est très tonique.

La praticienne continue l'examen en observant la **poursuite visuelle** à l'aide d'une cible contrastée (plan vichy). Arthur cligne souvent des yeux et il est nécessaire d'ajuster la profondeur du plan pour le voir ébaucher une poursuite visuelle. Il présente une irritabilité visuelle importante qui majore son état de tension de tout le corps. La psychomotricienne arrête rapidement de le solliciter avec la cible au vue des difficultés d'Arthur. Il a alors besoin d'être soutenu avec une main enveloppante sur son thorax pour se recentrer. La poursuite sera possible dans un second temps avec le visage de la praticienne.

De manière progressive elle l'installe légèrement en apesanteur tout en lui apportant un soutien corporel. Cette position qui apporte un peu de verticalité permet de libérer la motricité. Arthur pourra alors étendre les bras, ouvrir ses mains et délier ses doigts sans ébaucher des conduites de rassemblement. Son tonus de fond est très important

Installé en **position asymétrique**, il tient « en bloc » avec des jambes tendues. Il garde ce schéma en extension dans un premier temps lorsqu'on lui propose un enroulement du bassin, et il pourra progressivement se détendre et ébaucher des mouvements légèrement plus amples.

En **décubitus ventral**, nous observons un mouvement du bassin qui s'enroule plus spontanément, et Arthur peut ramener sa main vers la bouche. Cette position semble relâcher son tonus et lui permettre des mouvements déliés des doigts pour explorer sa bouche.

➔ A l'issue de cette évaluation, il semble important d'aménager l'environnement d'Arthur qui présente une immaturité à la fois sur le plan moteur et sur le plan visuel. La psychomotricienne conseille à la maman et à l'équipe soignante de mettre Arthur dans une luminosité adaptée lors des soins. L'allaitement étant compliqué, un moment de détente par un portage en position enroulée pourrait favoriser la détente d'Arthur avant la tétée et lui permettre d'être plus disponible.

4. Soutenir le développement psychomoteur :

L'articulation de la sensorialité et de la motricité est un élément central du **développement psychomoteur** du bébé. L'apparition de troubles sensori-moteurs peut entraîner des perturbations dans le développement psychomoteur, cognitif et émotionnel du bébé.

Lors de son développement, le bébé expérimente des schèmes moteurs qu'il intègre au fur et à mesure par des expériences sensori-motrices lentes, répétées mais contrôlées à travers la sensation, ce qui l'amène progressivement à la construction de son axe corporel. Ses mouvements sont possibles grâce à sa capacité de rechercher des appuis stables et des postures équilibrées.

Pour le bébé vulnérable, cela semble plus difficile. Il présente des difficultés à investir son corps, à élaborer une motricité adaptée car son environnement peut être entravant.

Nous allons voir de quelle façon le psychomotricien, intégré dans une équipe pluridisciplinaire, va pouvoir soutenir le développement psychomoteur du bébé en situation de vulnérabilité.

4.1 Par des manœuvres contenantes lors des soins :

Certains soins peuvent être vécus comme intrusifs pour le bébé, celui-ci va réagir au niveau postural par une mise en extension majeure du corps : il est alors complètement débordé par la situation. L'**enroulement** permet dès lors d'absorber les réactions en extension lors des situations vécues comme stressantes par le bébé et celui-ci retrouve un état d'équilibre plus rapidement et récupère plus facilement.

➔ Ainsi la personne prodiguant les soins à l'enfant doit être une **source de régulation** plus qu'une source de savoir faire.

Il est important de maintenir une position enroulée lors des soins, lorsque l'enfant est sur la table à langer par exemple, car cela libère ses compétences sensori-motrices et relationnelles (cf partie II).

On peut contenir l'enfant en maintenant sa main sur son ventre (soutien antéro-postérieur), par des manœuvres de regroupement, des soins enveloppés, le portage, les bercements... Ces manœuvres contenantes permettent de limiter le stress, de minimiser les états d'excitation du nourrisson, et de le sécuriser lors des changements de position.

Le bébé peut ainsi intégrer son axe, s'appuyer pour une intégration proprioceptive, et s'appuyer sur ce que lui propose son milieu: flux vestibulaires, tactile, auditif, olfactif, gustatif et visuel.

J'assiste au premier bain de Yohan qui est né prématurément. La puéricultrice explique aux parents la réalisation de ce premier bain « enveloppé » : elle emmaillote Yohan dans un linge, il est ainsi rassemblé avant d'être mis délicatement dans l'eau. Elle maintient son corps contre la paroi de la baignoire pour lui apporter des appuis contenant. Les mains de la soignante et l'eau apportent des bercements qui rappellent les sensations vestibulaires et kinesthésiques vécues dans le ventre maternel. Lors de la sortie du bain, Yohan est maintenu en enroulement. Il sera extrêmement calme et très présent au niveau du regard lors de ce soin.

4.2 Par l'installation :

4.2.1 Pré-requis

Le bébé et le jeune enfant sont doués de capacités sensorielles multiples. Il est donc primordial d'optimiser l'interaction du nouveau-né avec son environnement par un ajustement continu avec les soignants et les parents. A la naissance le bébé perd la contenance de la matrice utérine ; il est dominé par un schéma en extension. Il doit donc « *recréer un équilibre sensorio-tonique pour amorcer un redressement contre les forces de pesanteur* »³⁷. Cela est d'autant plus vrai pour le bébé né prématurément qui n'a pas la force de lutter contre la pesanteur et ne peut se ramener spontanément en position physiologique d'enroulement.

Lors de son installation, l'enfant a donc besoin d'une **contenance corporelle** nécessaire au bon développement tonico-postural, et en prévention des mauvaises postures. Il est alors essentiel de favoriser dans un premier temps la **flexion** et l'**enroulement** pour développer un équilibre entre les muscles fléchisseurs (plan ventral) et les muscles extenseurs (plan dorsal).

L'installation repose autour de trois grands principes fondamentaux :

- Créer une **continuité** par une posture en flexion (comme in utero)
- **Favoriser une motricité libre** : un soutien apporté au niveau de la nuque permet de libérer l'enfant de sa motricité réflexe, favorise la détente neuro-musculaire et augmente l'état de vigilance. Ce soutien apporté par les mains du parent ou du soignant rappelle le contact avec la paroi utérine et crée un sentiment d'enveloppe et de maintien.
- **Une sécurité de base** est apportée lorsqu'on soutient l'enfant au niveau de la tête et du siège, cela participe à la perception de son axe corporel et l'apaise.

³⁷ KLOECKNER Anja, « Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon A. BULLINGER », Constraste 2008/1 n°28-29, p165

4.2.2 Importance de la mise en forme corporelle précoce

Anja **KLOECKNER** développe les aspects de la **mise en forme du corps** comme élément de soutien au développement dans la prise en charge du prématuré mais aussi de l'enfant plus grand.

En effet, pour contrôler les échanges et s'organiser dans le milieu, le bébé a besoin de points d'appuis stables. Si le bébé est en situation de déséquilibre, d'instabilité, des moyens de compensation se mettent en place ce qui risque de freiner son développement. On peut par exemple observer des agrippements (visuels, tactiles etc..). Il est alors nécessaire de mettre en place des appuis qui vont donner une ouverture aux potentialités que peut déployer l'enfant. Une mise en forme corporelle adéquate apporte une stabilisation de la posture qui permet des coordinations et des activités instrumentales de plus en plus élaborées. Par ses appuis, l'enfant peut se réguler par lui-même.

Selon Anja **KLOECKNER**, les mises en forme ont un impact positif puisque les bébés pleurent moins (le service est donc plus calme), et elles occasionnent moins de reflux et de plagiocéphalies selon les soignantes³⁸.

4.2.3 En pratique

Dans les services de réanimation pédiatrique et de néonatalogie où j'effectue mon stage, il est proposé **des mises en forme** et des **soutiens aux postures** à l'aide de cocons contenant réalisés à l'aide de langes (surtout pour les bébé prématurés) et par des cocons sous forme de mousses creusées, les «cocoonababy» qui maintiennent la tête dans l'alignement du bassin. Ces derniers sont en général proposés pour des bébés plus grands. Différentes tailles existent permettant de s'aligner au mieux à la morphologie de l'enfant. Ce système d'installation a été créé par Danielle **SALDUCCI**, kinésithérapeute maintenant à la retraite.

Différents positionnements peuvent alors être proposés : la position dorsale, la position ventrale et la position latérale. En position dorsale et latérale la **posture asymétrique** est favorisée car elle facilite l'orientation de l'enfant vers le milieu et renforce son état de vigilance. L'alternance droite/ gauche est essentielle à respecter dans cette mise en forme pour ne pas constituer de côté préférentiel.

³⁸ **KLOECKNER A.**, « Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon A. Bullinger », *Contraste* 2008, p 157-178.



PHOTO 3 : Bébé dans une posture symétrique



PHOTO 4 : Bébé positionné en posture asymétrique

Par conséquent le cocon assure au nourrisson une posture plus physiologique et lui permet de développer une motricité spontanée ainsi qu'une **maturation tonique plus harmonieuse**. Le cocon met effectivement le bébé dans des attitudes plus fonctionnelles et favorise l'enroulement en maintenant les hanches en légère abduction au niveau de la ceinture pelvienne. Les pieds sont soit posés à plat sur le lit soit en contact avec un tissu épais afin de favoriser la mobilisation volontaire des jambes. Au niveau de la ceinture scapulaire, le cocon soutient légèrement les épaules et favorise la flexion de la tête afin de faciliter la respiration et la déglutition.

Enfin, la mise en forme corporelle a un impact positif auprès des parents car la vision de leur enfant dans une position confortable, rappelant parfois la position in utero, a une fonction de **réassurance**.



PHOTO 5: Exemple d'installation dans un cocon

4.2.4 Un exemple de mise en forme corporelle dans le cadre d'une hypotonie majeure

*Emmanuel est un enfant né prématurément le 27 septembre 2015 à 34 SA + 4 jours. Il est atteint d'un **Syndrome de Prader-Willi***, une maladie génétique rare dont une des particularités importante retrouvée à la naissance est une hypotonie sévère. Emmanuel est accueilli dans le service de Néonatalogie suite à sa prématurité et son hypotonie. La psychomotricienne aura l'occasion de le rencontrer à plusieurs reprises en présence de sa mère avant sa sortie de l'hôpital.*

Suite à une détresse respiratoire, Emmanuel est hospitalisé d'urgence début décembre peu après sa sortie. Je le rencontre pour la première fois avec sa mère dans le service de réanimation pédiatrique, il a alors 1 mois et 3 semaines, soit à terme en âge corrigé*. Emmanuel est installé sur une table chauffante et est sous respiration artificielle à l'aide d'un masque. Il est peu éveillé et a une attitude en « **grenouille écrasée** » au sein même du cocon qui a été mis en place, c'est-à-dire que les bras sont en chandelier et les hanches en abduction avec les jambes fléchies, reposant sur le cocon.



FIGURE 6: Installation d'Emmanuel avant le soin

Nous assistons au soin effectué par la puéricultrice et la maman (change et petite toilette). Lorsque le cocon est défait, nous observons peu de réactivité et d'ajustement tonico-postural lors des mobilisations. Lors du soin d'aspiration, il va grimacer, pleurer et adopter un schéma en hyper-extension. A la fin de l'aspiration la mère le prendra dans ses bras, mais il ne se saisira pas de ce portage pour se rassembler : les bras et les jambes restent ballants et sans étirement spontané, la nuque reste en arrière. La psychomotricienne guide la maman pour qu'elle le maintienne contre elle afin de soulager cette attitude en proposant un meilleur soutien et plus de proximité.

A la fin du soin, la psychomotricienne propose un cocon plus soutenant et contenant pour Emmanuel. Positionné du côté droit avant les soins, la psychomotricienne l'installe du côté gauche pour éviter un côté préférentiel. Elle propose de renforcer le soutien au niveau du dos et du bassin à l'aide des draps enroulés du côté droit. Ce renforcement postérieur permet un enroulement du bassin et une posture en flexion dite asymétrique. Un renforcement est également proposé sous l'épaule gauche. Cette mise en forme corporelle permet d'éviter un affaissement global du corps, qui est évident chez Emmanuel du fait de sa maladie génétique. Les appuis permettent de lutter contre les effets de la pesanteur et l'enroulement, qui est le premier schème organisateur de la motricité, assure un contenant de sécurité et favorise l'apaisement, la détente. Un appui visuel en périphérie est également proposé à l'aide d'un tissu contrasté : cela amène un recrutement tonique et un redressement du corps.

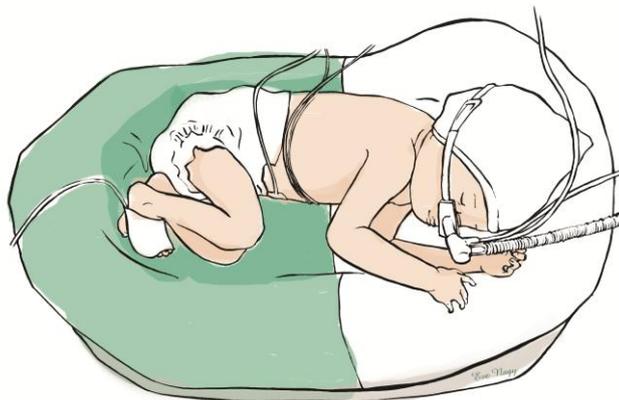


FIGURE 7: Installation d'Emmanuel après le soin

Les aides offertes à Emmanuel du point de vue postural mais aussi au niveau sensoriel visent à élargir sa surface d'équilibre sensori-tonique et tendent à le rendre acteur de son développement. Il paraît ainsi moins passif et plus confortable.

« On n'apprend rien à l'enfant, on lui donne des appuis »

André **BULLINGER**

L'exemple d'Emmanuel permet d'amorcer un autre versant dans la prise en charge psychomotrice d'un bébé hospitalisé : le psychomotricien soutient par son approche l'éveil sensori-moteur de l'enfant.

4.3 Par des sollicitations d'éveil

Il s'agit d'offrir des expériences sensorielles et motrices contenant, structurant le psychisme du bébé, l'éveillant à la relation et lui amenant une certaine détente et un confort à la fois corporel et psychique.

Les séances de psychomotricité ont lieu dans la chambre de l'enfant en présence des parents le plus souvent. L'enfant peut être installé au travers de son lit ou bien sur un tapis d'éveil lorsqu'il est plus grand et que le dispositif autour de lui le permet (le raccordement au pousse-seringue doit par exemple être suffisamment long...). Le moment de la séance est défini selon le rythme propre de l'enfant, le plus souvent à distance des repas.

Tout en soutenant le bébé dans une posture contenant, le psychomotricien utilise différents médiateurs, tels que des objets tactiles, auditifs, visuels.

En utilisant des jouets variés, on offre des **contacts tactiles** qui enrichissent les explorations de l'enfant et suscitent sa curiosité (balle à picot, balle à fil...)

Des **sollicitations auditives** sont intéressantes pour créer un univers sonore enveloppant pour l'enfant. Lors des séances la psychomotricienne verbalise fréquemment ce qui se passe en séance en s'adressant à l'enfant. Par ses paroles rassurantes et positives elle crée un bain de parole qui apaise l'enfant.

Mathis pleure et s'agite dans son lit. Je décide d'aller à sa rencontre pour le consoler. Je n'ose pas le prendre dans mes bras car sa sonde d'alimentation est en cours. J'essaie alors d'instaurer une enveloppe sonore sécurisante en lui parlant doucement. Ce n'est pas suffisant, ses pleurs repartent rapidement en salves. Je tente alors de chanter une chanson qu'il connaît déjà : face à l'air familier, Mathis se calme progressivement et m'adresse un sourire de contentement. Je profite de ce début de détente pour le bercer tout en le regroupant par un toucher contenant.

La psychomotricienne peut aussi proposer des sollicitations visuelles transitoires au niveau du berceau pour offrir des accroches visuelles qui soutiennent le confort postural du bébé (cf Emmanuel). On propose alors des tissus contrastés sur les côtés du lit, ou bien des mobiles à suspendre que l'on place dans le champ visuel de l'enfant.



PHOTO 6 : Installation d'un tissu contrasté sur le côté du berceau.

La praticienne agit également au niveau moteur en **guidant la motricité** naissante du bébé. Si des asymétries sont constatées, elle initiera le mouvement par une stimulation adéquate de la partie du corps délaissée.

Toutes ces sollicitations contribuent à la construction d'une unité psychocorporelle et à la découverte sensorielle et motrice de l'enfant.

4.4 La mise en forme corporelle en séance de psychomotricité : Louise

Louise est une grande prématurée née à 31 SA+5 jours le 10 juin 2015. Elle est issue d'une grossesse gémellaire et elle a une sœur jumelle prénommée Alice. Louise est immédiatement hospitalisée du fait de sa prématurité et surtout pour une entérocolite nécrosante qui se déclare à 15 jours de vie nécessitant des soins d'urgence. Louise subira par la suite plusieurs opérations extrêmement invasives au niveau cardiaque et digestif, dont une iléostomie*. Elle est transférée dans le service de néonatalogie le 1er octobre, où elle bénéficie de soins en psychomotricité, l'indication étant pour des troubles psychomoteurs.*

Je la rencontre pour la 1^{ère} fois le 9 octobre, elle a alors 4 mois en âge réel* et 2 mois en âge corrigé*. Les séances de psychomotricité s'étaient espacées suite à l'opération et Louise dormait beaucoup. Ses parents habitant loin de Bordeaux et étant surtout disponible le week-end, les séances de psychomotricité se font en leur l'absence la plupart du temps.

Elle est allongée dans son berceau et sa posture me semble figée comme son regard qui explore seulement le plan médian. Elle est alimentée par le biais d'une sonde naso-gastrique* et a un hémangiome* au niveau de la racine du nez.

Lorsque nous allons à sa rencontre, Louise est disponible et les sourires et les interactions peuvent être soutenus. Sa respiration est haute et bloquée en tonus pneumatique. Les membres

supérieurs ont une attitude en extension et les poings sont souvent fermés. Nous pouvons constater une hypertonie globale chez Louise avant même de la tenir dans nos bras.

Lorsque Louise est maintenue redressée et soutenue par la psychomotricienne, la détente est partielle. Les mains très relâchées s'ouvrent le long du corps avec un tonus de fond important. La respiration s'apaise un peu : elle est relâchée avec quelques soupirs. Lorsque la psychomotricienne présente un hochet coloré, la motricité spontanée de Louise est figée avec une réelle difficulté à s'orienter sur les espaces droit et gauche pour explorer ou interagir. L'exploration des espaces n'est pas intégrée. La préhension sera possible à gauche comme à droite, mais l'objet ne pourra être amené à la bouche.

Sur le dos, Louise maintient l'interaction. Sa motricité spontanée est pauvre, peu variée et parasitée par son **hypertonicité globale**. Elle se désorganise rapidement quand les sollicitations sensori-motrices varient trop, notamment lorsque la psychomotricienne induit des changements posturaux moteurs.

L'équilibre sensori-tonique est fragile et il est alors nécessaire d'aider Louise à se restaurer, à retrouver un équilibre précaire en renforçant les points **d'appui posturaux** par **une mise en forme corporelle** et des **sollicitations sensorielles adaptées**.

Un soutien tête-nuque-épaule à l'aide de langes lui est proposé ainsi qu'un enroulement au niveau du bassin pour la maintenir dans une position en flexion plus physiologique. Cette **mise en forme corporelle** est primordiale pour une détente partielle et pour faciliter des ébauches d'exploration de sa bouche. Cette fois-ci elle pourra se saisir du hochet présenté dans l'axe qu'elle mettra à la bouche, et ses deux mains pourront également se rassembler au niveau de la sphère orale.

A l'issue de la séance, le projet de soin est pensé autour du réaménagement de l'espace d'éveil et de couchage en :

- renforçant le **soutien postérieur** et en favorisant la position d'**enroulement** avec des coussins (placés sous la tête, la nuque et le haut des épaules) sur la table à langer. Il est important de solliciter le bassin lors des mobilisations, Louise apprécie et peut maintenir une attitude en flexion.
- proposant un couchage favorisant une **position asymétrique**, avec un soutien sous le bassin. Les jeux peuvent alors être installés sur les côtés pour que Louise puisse s'orienter vers eux et les toucher.

Louise bénéficie de deux séances de psychomotricité hebdomadaire, je la vois donc une fois par semaine.

Deux mois après cette première rencontre je peux constater ses progrès. Elle a eu entre-temps une intervention chirurgicale pour fermer son iléostomie*.

La séance se déroule en présence de la maman. La psychomotricienne installe tout d'abord Louise sur le tapis d'éveil. Sur le dos, sa motricité est ample et dynamique avec une exploration spontanée de son espace gauche. Elle oriente en effet son regard vers le hochet pour progressivement pivoter avec un **bon enroulement axial**. Elle attrape le hochet et le porte à la bouche en repivotant sur le dos. Il y a un **passage actif aisé** de la position dorsale à la position sur le côté gauche. Louise prend le temps d'attraper, de regarder et de porter à la bouche ; ses mains restent bien ouvertes. On note une exploration de son espace droit moins spontané et nécessitant une guidance afin de soutenir l'attention visuo spatiale et la coordination visuo-manuelle. Le pivotement axial et l'enroulement de son bassin vers la droite doivent être dirigés par la psychomotricienne pour une intégration de son schéma corporel. Louise ne peut effectivement pas fléchir ses jambes et les regrouper contre elle afin d'enrouler son bassin pour pivoter du côté droit.

➤ L'intégration des espaces droit et gauche n'est donc pas encore finalisée.

La psychomotricienne guide le mouvement de pivotement sur le côté droit pour amener Louise sur le ventre. Cela permet à Louise d'expérimenter ce schème moteur et cette position. Elle peut alors redresser légèrement la tête en prenant appui sur ses coudes. On constate une faible tonicité axiale dans cette position, Louise est rapidement fatigable et inconfortable puisqu'elle commence à pleurer.

La psychomotricienne effectue alors un tiré assis en virgule (enfant maintenu au niveau de la main et de l'aîne du côté opposé). Au niveau axial Louise possède une bonne tenue de la tête et du haut du corps. Mais sa tonicité ne permet pas une tenue assise : il faut un soutien **antéro-postérieur lorsqu'elle est assise sur les genoux de sa maman**. Elle peut ainsi profiter des appuis pour renforcer la tonicité profonde de son buste. Il est alors intéressant de voir comment Louise se saisit de ses appuis et de cette verticalité pour une **exploration plus aisée de son espace droit**. On peut par ailleurs observer une **ébauche de coordination bimanuelle**.

Dans ce cas clinique, je soulève ici l'importance de la mise en forme corporelle afin de faciliter et soutenir l'exploration des espaces et l'émergence des conduites instrumentales. La mise en place de ces arrière-fonds (contenance physique par un soutien antéro-postérieur, mais également psychique par la présence de la maman) permet à Louise de rester organisée et de ne pas se déstabiliser lors des différents changements posturaux.

II) Auprès des parents

1. Soutenir la parentalité

Le psychomotricien fait partie **d'une équipe** dont l'une des missions est d'accompagner les parents et de les soutenir dans leur rôle, leur identité parentale. Leur parentalité est mise à mal dans le cadre d'une hospitalisation ou bien lors d'une naissance prématurée.

La naissance prématurée est un évènement traumatique à l'origine de bouleversements au sein de la famille. Les parents peuvent être envahis par la culpabilité, par une blessure narcissique ou encore par l'anxiété quant au devenir de leur enfant. Une naissance prématurée est dans certains cas une naissance précipitée, inattendue, vécue dans l'urgence et devient alors une source de sidération et de confusion pour les parents. Ayala **BORGHINI**, psychologue, parlera de « *sensation de rupture et d'arrachement* »³⁹ qui peuvent s'inscrire dans le corps de la mère générant alors une angoisse de séparation et de mort. Dans ce contexte la première rencontre a souvent lieu de manière différée dans un univers technique qui rend le bébé peu accessible. Il peut être parfois difficile pour les parents de penser l'enfant comme vivant réellement à cause des soins mis en œuvre autour de lui. Il est donc difficile pour eux de s'approcher de l'enfant, de le toucher, alors qu' « *une intimité corporelle et sensorielle avec le bébé est essentielle à la rencontre* »⁴⁰.

Chez le bébé vulnérable, certains paramètres sont entravés : leur niveau de vigilance est modifié, l'accès à des flux sensoriels cohérents est souvent perturbé par le fait des dystimulations sensorielles ; les échanges corporels sont limités du fait de l'environnement

³⁹ **BORGHINI A.**, *Un étrange petit inconnu*, Toulouse, ERES, « 1001 bébés », 2008

⁴⁰ Ibid

technique et en lien avec l'état clinique de l'enfant. Tous ces éléments amènent à un **dialogue tonique** perturbé entre l'enfant et ses parents.

Ainsi, le psychomotricien cherchera à étayer la place des parents auprès de leur enfant en soutenant le lien d'attachement entre eux. Il va soutenir la parentalité au sein **d'un projet commun pluridisciplinaire**, puisque chaque corps professionnel a cette mission : les puéricultrices, les auxiliaires, les psychologues, les médecins... C'est une **préoccupation institutionnelle** qui concerne tous les bébés hospitalisés.

La reconnaissance des compétences du parent et de son rôle permettra de restaurer le dialogue tonico-émotionnel entre lui et son bébé, par un portage plus adapté, des contacts et des paroles adressés à l'enfant... Le psychomotricien tentera de faire prendre conscience aux parents des manifestations toniques et comportementales de leur enfant pour qu'ils puissent ajuster leur manière de le contenir et de le porter. Les interactions pourront ainsi être plus spontanées et de meilleures qualités.

Le psychomotricien valorisera **la place des parents** en soulignant l'importance de leur présence pour le développement de leur petit. Les parents ainsi renarcissés, vont pouvoir reprendre leur place, celle de mère et de père. Dans le cadre de l'hospitalisation d'un enfant, les parents se voient occuper d'autres rôles pour se protéger d'une souffrance ou d'une anxiété majeure, ou pour lutter contre une culpabilité importante. Les parents investissent une part soignante dans leur façon d'être avec leur bébé ou leur entourage. Ils acquièrent un savoir-faire dans les soins prodigués à leur enfant. Sur mon lieu de stage, il n'est pas rare de voir des parents s'exprimer en utilisant des termes médicaux techniques, ou alors nous expliquer comment arrêter un appareil qui sonne.

Le psychomotricien pourra avoir un **rôle de guidance parentale**. Le fait pour les parents d'assister à des moments d'échange entre l'enfant et le psychomotricien aura à terme le plus souvent des effets bénéfiques sur la relation parents-enfant. Le parent pourra s'inspirer des propositions faites en séance illustrant ainsi l'aspect *transitionnel* du travail en psychomotricité.

Je rencontre Lucas âgé de 9 mois dans le service de réanimation pédiatrique. Il a subi un polytraumatisme important secondaire à une chute dans les escaliers. Une des conséquences de cette chute est l'apparition d'un hématome sous dural qui empêche notamment la résorption du liquide céphalo-rachidien (LCR). Lucas est installé en proclive sur son lit pour permettre une dérivation du LCR par voie extérieure. De nombreux fils le relient à différentes machines...

Lorsque nous nous approchons de Lucas il est en extension majeure dans son lit, les bras étant en chandelier, avec un regard écarquillé voire apeuré. Il y a en effet beaucoup de personnes qui sont entrées dans la chambre d'un seul coup : la puéricultrice, la psychomotricienne et moi-même. Nous constaterons avec la psychomotricienne qu'il fixera son regard vers la porte quelquefois lors de la séance, signe d'une hypervigilance associée à une appréhension des soignants. Le papa est présent dans la chambre et est très attentif au comportement de son fils. Nous remarquons que Lucas s'inquiète rapidement, gémit au contact et pleure quand le soignant le mobilise pour les soins.

La psychomotricienne s'approche de Lucas et s'adresse à lui. Il se montre très réceptif à la voix, son regard scrute le visage de la professionnelle et il oriente sa main vers elle. Lucas reste néanmoins figé au niveau du bas du corps. La psychomotricienne lui propose alors une posture en enroulement en rassemblant ses membres inférieurs et en positionnant une main sous le bassin. Lucas peut alors se détendre progressivement et explorer ses pieds avec ses mains. Le papa nous raconte alors que son fils commençait tout juste à jouer avec ses pieds à la maison avant l'accident. La psychomotricienne propose ensuite de bercer Lucas en le mettant légèrement sur le côté. Celui-ci appréhende ce changement de position et commence à pleurer, mais se console rapidement dans la relation. Il apprécie progressivement et peut se détendre dans cette position lui apportant une sécurité de base et des sensations vestibulaires adaptées. La psychomotricienne invitera le papa à bercer son enfant. Le papa nous confiera qu'il a peur de mobiliser Lucas et de le toucher du fait de l'environnement technique qui entoure son enfant mais il pourra le bercer grâce à la présence contenante de la psychomotricienne. Lucas finit par être apaisé au contact de son père qui le soutient, le berce et lui parle. Un dialogue est rendu possible malgré l'état clinique de l'enfant qui ne permet pas à celui-ci d'être porté.

Lors de l'évaluation psychomotrice ou lors des séances, le psychomotricien pourra faire mieux connaître aux parents les **particularités de leur bébé** pour mieux les accompagner dans leur adaptation fine à ce dernier. Il pourra mettre en évidence les compétences et faire émerger les potentialités de l'enfant aux yeux de ses parents. Même fragile, un bébé dispose de compétences sur lesquelles il convient de s'appuyer pour lui donner confiance et donner confiance aux parents afin qu'il puisse se développer au mieux de ses capacités.

Malo a 6 mois, il avait une tumeur au niveau du nerf optique qui a été opérée. Il présente depuis une déficience visuelle à droite, et du fait d'un AVC lors de l'intervention, une hémiparésie à gauche est observée.

La psychomotricienne s'avance auprès de cet enfant et de sa famille afin d'améliorer le confort postural. Malo est affaissé et semble subir le poids de la gravité. Un aménagement des appuis lui est proposé pour pallier l'hypotonie observée, son corps étant affaissé. Lorsque la psychomotricienne le sollicite avec un jouet, il peut le saisir de la main droite, cependant le bras gauche reste inerte le long du corps. Un soutien apporté sous l'épaule et le coude gauche (grâce à un linge) lui donne les appuis nécessaires pour libérer la motricité volontaire : il se saisit de l'objet présenté devant lui de la main gauche.

Les parents se saisissent de l'importance de l'installation et du fait de mettre Malo dans les meilleures conditions possibles afin qu'il puisse interagir avec son environnement.

2. Accompagner les parents lors d'un soin :

Le psychomotricien conseille les parents sur le portage et les mobilisations de l'enfant et aide au repérage des signes de désorganisation. Un regard croisé s'opère sur l'enfant, le psychomotricien peut mettre en mot les difficultés de l'enfant que le parent a observées.

La maman d'Arthur constate que son fils se désorganise lorsqu'elle effectue le change sur la table à langer. Il se met en schéma d'extension ce qui rend difficile la poursuite du soin.

La psychomotricienne explique que sa réaction est due à sa maturité neurophysiologique qui n'est pas suffisante pour appréhender les changements brusques de position ou de contact. Elle conseille alors d'interrompre le soin lorsqu'Arthur montre des signes de désorganisation et de lui proposer une main ferme et appuyée sur le ventre. Ce soutien antérieur lui permet de retrouver un équilibre plus facilement et de le rendre moins passif au soin.

3. Accompagner les parents lors d'un handicap :

« Une altération de l'équipement de base (moteur, sensoriel, neurologique) est une entrave évidente aux expériences et compétences du nourrisson, mais aussi une blessure infligée directement à la rencontre entre le corps de la mère et le corps de l'enfant. Dans le cadre de la clinique psychomotrice, c'est cette blessure-là qu'il s'agit de soulager». ⁴¹

L'annonce d'un handicap est violente, **P. BEN SOUSSAN** parle du bouleversement rencontré lors de l'annonce d'une malformation, d'un diagnostic que ce soit un handicap physique ou psychique. Cela peut susciter des fantasmes qui concernent aussi bien les parents mais aussi les soignants. Les fantasmes peuvent provoquer une peur, laquelle peut provoquer des réactions de rejet ou de précipitation.

Lorsqu'une pathologie a été diagnostiquée, l'équipe soignante mais aussi la psychomotricienne, vont soutenir les parents. La psychomotricienne permet aux parents de porter un nouveau regard sur leur bébé. Un des concepts majeurs de la psychomotricité est de privilégier l'abord global du sujet plutôt qu'une centration morbide sur le handicap, de valoriser la personne plutôt que la maladie.

Enzo est né à terme avec un syndrome polymalformatif. Il est donc sous assistance respiratoire avec des lunettes à oxygène, et installé en proclive pour faciliter sa respiration. Ses constantes sont mesurées en continu. La psychomotricienne est sollicitée par l'équipe pour un accompagnement auprès de la famille et pour ajuster l'installation d'Enzo afin qu'il soit confortable.*

Lors de cette première rencontre avec Enzo, la maman exprime ses difficultés à investir son enfant qui est constamment alité. Il lui est difficile de porter Enzo et même les changes s'effectuent sur le lit.

La psychomotricienne, après accord de l'équipe, réinstalle Enzo en travers du lit sans proclive pour la séance. Enzo est dans la relation, il est très sensible à la voix de la psychomotricienne et de sa maman. La professionnelle lui fait revivre l'enroulement pour favoriser la détente et libérer la motricité. Cette mise en forme corporelle permettra de soutenir les compétences d'Enzo : il pourra montrer à sa maman qu'il peut poursuivre du regard une cible par exemple. Enzo étant installé souvent de la même manière dans son lit et cette dernière croyait que son fils ne pouvait pas tourner sa tête à droite. La psychomotricienne invite la maman à interagir avec son enfant et soutient ainsi le dialogue tonico-émotionnel.

⁴¹ GAUBERTI M., *Mère-enfant : à corps et à vie*, Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces, MASSON 1993

L'intervention de la psychomotricienne a permis à la maman de voir son bébé autrement ; elle nous confiera que cela lui a fait du bien de « sortir du prisme médical » lors de cette rencontre. Enzo et sa mère ont pu vivre une expérience positive à deux.

III) Auprès des soignants

1. Apporter un liant dans le parcours du bébé et de ses parents :

Les professionnels sont nombreux à se pencher au-dessus du berceau de l'enfant. Le psychomotricien intervient alors afin d'apporter une cohérence et une continuité dans les soins du bébé, sa présence permet de ne pas en oublier le sens.

Il veille à ce que les actions auprès du bébé soient dans une dynamique de respect sensoriel positif et préventif afin que les repères du bébé ne soient pas une expérience répétée de douleur de détresse, qui peuvent amener à terme l'enfant à développer des irritabilités sensorielles, des instabilités psychomotrices, des déficits de l'attention...

Le psychomotricien va aider le personnel soignant :

- A repérer les signes de désorganisation, de mal-être du bébé ; il pourra alors mettre en avant les compétences de l'enfant si celui-ci est bien installé.

Je participe à un co-soin avec une auxiliaire de puériculture auprès de Paul, un bébé né à terme et qui a présenté une anoxo-ischémie lors de la naissance. L'interne en pédiatrie souhaite le voir après sa toilette pour l'évaluer. Elle teste la poursuite oculaire de Paul à l'aide d'un œil de bœuf*, mais elle n'arrive pas à réaliser cette évaluation, Paul semble mal installé et se désorganise. La psychomotricienne intervient en expliquant à l'interne qu'il faut apporter un soutien antéro-postérieur au niveau du buste de l'enfant (une main sur le ventre et l'autre derrière la nuque) et qu'il faut légèrement l'incliner. Paul était en effet trop redressé, ce qui lui demandait certainement beaucoup d'effort pour lutter contre la pesanteur. Après ce réajustement postural, Paul a pu orienter sa tête et son regard (poursuite oculo-céphalogyre) sur les côtés en poursuivant l'œil de bœuf.*

- A avoir une réflexion commune autour de la limitation du stress, de la lutte contre la douleur, de l'amélioration de l'environnement

L'intervention de la psychomotricienne auprès d'Arthur (voir vignette clinique énoncée à la page 66) a permis de réfléchir, entre autre, autour de l'aménagement de l'environnement afin de diminuer les stimulations visuelles trop fortes. Son intervention vient en réponse à la demande de la puéricultrice qui s'interrogeait par rapport au comportement d'Arthur.

- A répondre aux interrogations du professionnel concernant la situation d'un enfant et de sa famille. Les regards croisés lors des co-soins apportent une complémentarité dans la prise en charge et garantissent des soins plus ajustés et donc de meilleure qualité.
- A réfléchir autour de l'installation et du confort postural du bébé
- A rendre les parents partenaires indispensables dans les soins quotidiens auprès de leur enfant.

La maman d'Emma est très inquiète concernant le devenir de sa fille qui est née avec un score d'Apgar* très faible. Elle ne peut pas respirer toute seule et présente une hypotonie axiale majeure. Les médecins suspectent une myasthénie néonatale.

Nous assistons au soin d'Emma afin de réfléchir à son installation pour limiter les sources de stress et d'inconfort. Nous remarquons tout de suite qu'Emma présente une très grande qualité de présence au niveau du regard qui est très expressif. Elle oriente son regard lorsqu'on lui parle et peut le poser lorsque le soutien corporel et relationnel est maintenu. La maman, présente durant le soin, est très sensible au confort de sa fille, et aussi très déstabilisée par son état clinique.

La psychomotricienne propose de redresser légèrement Emma pour le soin de bouche, en apportant un soutien antéro-postérieur ferme. En effet nous observons une absence de régulation tonico-posturale axiale et périphérique, Emma se laisse littéralement « écrasée » par la pesanteur, et il n'y a pas de réactivité au niveau de son visage et de sa sphère orale (absence de déglutition), d'où l'importance de ce soutien.

L'équipe invite la maman à réaliser le soin de bouche et la guide pour qu'elle passe la compresse autour de la bouche (sollicitations péribuccales) pour préparer Emma au soin. Emma pourra alors entrouvrir la bouche spontanément et ébaucher un léger mouvement de langue.

Le redressement et le soutien, à la fois postural mais aussi relationnel lui proposent de meilleures conditions pour anticiper et accepter le soin. Par le soutien psychique, elle peut se restaurer plus facilement et être actrice du soin qui lui est apporté.

Le psychomotricien peut participer à certains soins lorsque l'enfant se désorganise vite. On parle alors de soins à 4 mains qui ont pour objectif d'aider l'enfant à se rassembler. Il sera plus confortable lors du soin. On incitera également les parents, s'ils sont présents, à le faire eux mêmes et à parler à leur enfant dans ces moments-là.

→ **C'est donc un travail en complémentarité.**

Le psychomotricien fait le lien entre les services concernant l'état de santé d'un enfant qu'il aurait rencontré en réanimation néonatale et qui serait transféré en néonatalogie et réciproquement. Il peut également assurer la continuité des soins après l'hospitalisation, en orientant les familles vers différents professionnels paramédicaux (psychomotricien, orthophoniste, kinésithérapeute...) pour le suivi lors du retour à la maison.

Enfin, le psychomotricien peut partager ses compétences en animant des formations, par exemple autour de l'intérêt du cocon. Il s'agit alors d'une transmission théorique qui apporte une réflexion commune pour que l'équipe considère davantage le cocon dans une perspective développementale. La mise en place d'atelier pratique autour de cette question a pour but que le professionnel enrichisse sa réflexion autour de toutes ces propositions de bien être sensoriel et relationnel qui sont apportées aux bébés. Dans leur formation, les professionnels acquièrent en général davantage un savoir faire sur le plan technique, hygiénique au détriment des aspects relationnel, psychologique, sensoriel.

2. Une pluridisciplinarité essentielle :

L'organisation du travail du psychomotricien n'est pas toujours évidente dans les services où l'urgence médicale prime, et où le personnel change assez fréquemment. Il peut être difficile de rencontrer les bébés et leur famille qui sont pris dans un rythme de soin assez strict. Les **réunions interdisciplinaires** (les « staff ») sont ainsi essentielles pour exposer le point de vue du psychomotricien sur l'état clinique et le développement psychomoteur d'un enfant, tout en expliquant les différentes modalités qui peuvent être mises en place pour soutenir l'enfant dans son développement.

Pierre **DELION** souligne l'importance du travail d'équipe dans le soin apporté à l'enfant. Il nomme « *constellation transférentielle* »⁴² le groupe humain qui fait institution pour le bébé. Il s'agit des personnes soignantes qui sont en contact avec lui et qui contribuent à la richesse des

⁴² **DELION P.**, « Heurs et malheurs de la construction des liens premiers dans la famille. Réflexions psychopathologiques et conséquences institutionnelles », *Collège de psychanalyse Groupale et Familiale, Congrès 2012 : Construire ensemble. Liens premiers, familles, institutions.*

observations à son sujet. Une même information concernant un enfant peut être perçue différemment selon les professionnels, ou bien un soignant a repéré un événement que personne n'avait relevé jusqu'alors. Ces échanges, ces regards croisés réalisés lors des réunions hebdomadaires enrichissent le *matériel clinique groupal*⁴³. La réunion des « contre-transferts » constitue la constellation transférentielle et assure une fonction contenant pour le bébé et sa famille. L'institution hospitalière devient alors un espace d'accueil et d'observation de la souffrance psychique : l'équipe « porte » l'enfant et ses parents dans une période fragilisée qu'est l'hospitalisation. **DELION** parle de **fonction phorique** en reprenant les travaux de **WINNICOTT** sur le Holding, le terme « phorie » désignant étymologiquement « porteur ».

J'ai également constaté tout au long de ce stage que **l'alliance thérapeutique** nouée entre la psychomotricienne et les parents était très forte. Les parents investissent très rapidement la prise en soin en psychomotricité, ils semblent soulagés par la présence d'une professionnelle qui veille au bien-être de l'enfant et qui prend le temps. La psychomotricité est un temps à part qui permet aux parents d'oublier l'espace d'un instant cet univers extrêmement médicalisé.

La psychomotricité en néonatalogie et en réanimation pédiatrique cherche donc à apporter un bien-être à l'enfant hospitalisé en lui offrant un vécu corporel différent de celui des soins et elle favorise les échanges entre lui et ses parents. Il s'agit d'une intervention directe qui permet d'étayer la qualité du portage, le rassemblement du corps, les appuis corporels et la relation au monde. Ce travail ne peut se concevoir que par l'engagement du propre corps du psychomotricien où l'implication corporelle, les ajustements tonico-émotionnels de l'adulte permettent au bébé de découvrir « *sa permanence et la succession de ses états émotionnels*⁴⁴ ». Cela confère au bébé un sentiment d'individuation. Il s'agit bien de la spécificité du psychomotricien énoncée par Françoise **DESOBEAU** dans son article « Identité et fonction du psychomotricien » : « *La spécificité du psychomotricien est qu'il s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est, comme il est.* »

Finalement, si je reprends les propos de Françoise **HAMEL**, en néonatalogie « *l'urgence du psychomotricien, c'est de prendre le temps de l'instant présent. C'est une intention et une attention relationnelle à partager avec les parents et à transmettre aux autres professionnels, pour une cohérence sensationnelle autour du bébé* ».

⁴³ Ibid

⁴⁴ **CLEMENT-ASTIER S.**, « L'approche psychomotrice du bébé au sein d'une unité de Psychopathologie Périnatale », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°161, 2010

CONCLUSION

L'installation et le confort des enfants hospitalisés sont une préoccupation des équipes de néonatalogie et de réanimation pédiatrique. Les équipes accordent une grande importance au vécu corporel, à l'évolution et au devenir psychomoteur du bébé.

Lors de mon stage, j'ai pu appréhender les différentes compétences du nouveau-né et du nourrisson, et affiner mon regard clinique sur le développement de l'enfant. J'ai ainsi porté attention **aux manifestations corporelles** et j'ai pu repérer d'éventuels retards psychomoteurs ainsi que des signes d'inconfort voire de détresse chez l'enfant hospitalisé.

De plus, j'ai pris conscience qu'**une mise en forme adaptée** a un impact positif d'un point de vue développemental mais également relationnel pour le bébé car elle respecte sa maturité et lui donne les appuis nécessaires pour qu'il puisse investir son corps et interagir avec son milieu. La mise en place d'appuis posturaux, l'apport de sollicitations sensorielles adaptées et l'aménagement de l'environnement apportent à l'enfant les appuis nécessaires pour qu'il s'ajuste à son milieu. Prendre soin du corps du bébé est donc essentiel car le corps est notre premier langage. Le psychomotricien donne du sens au vécu corporel du nourrisson afin de le rendre **acteur de son développement**.

« En offrant des aides adaptées sous forme d'appui, d'arrière-fond et de mise en forme et en étant lui-même source de régulation tonique, le thérapeute met à la disposition de l'enfant les matériaux propres à sa construction. »⁴⁵

Cette notion de **mise en forme corporelle** peut être élargie à toutes les populations, pas seulement aux nouveau-nés et aux nourrissons, car elle constitue le soubassement de la construction psychocorporelle et de l'acquisition des praxies.

L'approche psychomotrice dans les services de soins pédiatriques s'inscrit dans **un cadre institutionnel** qui lui permet de mettre en œuvre une prévention développementale. C'est ce cadre qui donne lieu à l'émergence d'une réflexion, d'une pensée concernant l'enfant hospitalisé et sa famille. Cette pensée élaborée lors des réunions pluridisciplinaires porte les professionnels mais aussi le bébé et ses parents, pour l'établissement d'un parcours de soin cohérent et adapté à leurs besoins.

⁴⁵ KLOECKNER A., « Modalités d'appropriation de l'approche sensori-motrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice », *Contraste* 2011/1 (N° 34-35), p. 133-155.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION.....	4
PARTIE I - LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR : DE L'ORGANISME AU CORPS....	7
I) Le corps neuro-moteur : l'organisme	7
1. Les capacités sensorielles du fœtus et du nouveau-né	7
1.1 Le toucher	8
1.2 L'olfaction et la gustation	9
1.3 L'audition	11
1.4 La vision	11
2. Les capacités motrices	13
2.1 Les bases neurophysiologiques du contrôle moteur	13
2.2 Chez le fœtus	14
2.3 Chez le nouveau-né	15
3. Le développement du tonus et de la posture	18
3.1 Tonus et posture.....	18
3.2 Dynamique développementale	19
II) Le corps en relation.....	21
1. L'instrumentalisation du corps, ou comment habiter son corps	21
1.1 L'équilibre sensori-tonique	22
1.2 Dimension physique du milieu : les flux sensoriels.....	22
1.3 Dimension biologique du milieu	23
1.4 Dimension humaine du milieu	24
2. Les premières relations	24
2.1 Un premier dialogue : le dialogue tonique.....	24
2.2 La constitution d'une enveloppe tonique	25
2.3 Le holding ou l'importance du portage	26
3. Le corps du bébé : émergence de la pensée.....	28
3.1 L'ancrage corporel	29
3.2 L'ancrage interactif	31

3.3	Dans un environnement « suffisamment bon »	32
PARTIE II - LE BEBE A L'HOPITAL.....		34
I)	Les services hospitaliers pédiatriques	34
1.	Les unités de Néonatalogie	34
2.	L'Unité de réanimation néonatale et pédiatrique	35
3.	Le corps soignant	36
II)	Pourquoi une hospitalisation ?	37
1.	Le bébé prématuré	37
1.1	Définition	37
1.2	Quelques chiffres	38
1.3	Les principales complications	38
2.	Les autres motifs d'hospitalisation	40
3.	Le bébé hospitalisé, un bébé vulnérable	40
III)	Les conditions d'hospitalisation	41
1.	Un environnement technique inapproprié	41
1.1	La sur-stimulation tactile	42
1.2	La sur-stimulation olfactive	43
1.3	Les sous-stimulations vestibulaires et gustatives	43
1.4	La sur-stimulation auditive	43
1.5	La sur-stimulation visuelle	43
2.	Le corps du bébé, l'expression d'une souffrance psychique	44
2.1	Quelques signes d'appel	44
2.2	Un bébé isolé	46
IV)	Réflexion des soins du bébé hospitalisé.....	47
1.	Historique des soins	47
1.1	L'évaluation du comportement néonatal	47
1.2	Théorie synactive du développement néonatal	48
2.	L'implantation des soins du développement : le NIDCAP	49
3.	L'approche sensori-motrice en néonatalogie	51
V)	La prise en compte du positionnement du corps de l'enfant hospitalisé.....	52
1.	Un peu d'histoire	52
1.1	Le constat des années 80	52
1.2	Vers une prévention posturale et développementale	53

2.	L'intérêt de la mise en forme corporelle	55
2.1	Pré-requis	55
2.2	Posture asymétrique.....	56
2.3	Posture symétrique	57
2.4	Les espaces de préhension	59
2.5	Les effets de la mise en forme corporelle	60
 PARTIE III - LA POSTURE DU PSYCHOMOTRICIEN AU SEIN DES SERVICES PEDIATRIQUES		62
I)	Auprès du bébé vulnérable et de sa famille.....	62
1.	Les indications de soin en psychomotricité	62
2.	La première rencontre	63
3.	L'évaluation psychomotrice	64
3.1	Quand ?.....	64
3.2	Comment ?.....	65
3.3	Un exemple d'évaluation psychomotrice : Arthur.....	66
4.	Soutenir le développement psychomoteur	67
4.1	Par des manœuvres contenantes lors des soins	68
4.2	Par l'installation	69
4.3	Par des sollicitations d'éveil.....	74
4.4	La mise en forme corporelle en séance de psychomotricité : Louise.....	75
II)	Auprès des parents.....	78
1.	Soutenir la parentalité	78
2.	Accompagner les parents lors d'un soin	81
3.	Accompagner les parents lors d'un handicap	82
III)	Auprès des soignants.....	83
1.	Apporter un liant dans le parcours du bébé et de ses parents	83
2.	Une pluridisciplinarité essentielle	85
 CONCLUSION		87
TABLE DES MATIERES		88
BIBLIOGRAPHIE.....		91
GLOSSAIRE		94

BIBLIOGRAPHIE

- ALONSO-BEKIER S.**, « Du prématuré au prématurissime : la psychomotricité a de plus en plus sa place dès la néonatalogie », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, n°6, 2002.
- AUBRIL A., BELLANGER E., MOATI M.H., VENY M.**, « Le positionnement du prématuré et du nouveau-né malade », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* n°2-1996. p 101 à 105.
- BERNE-AUDEOUD F., MARCUS L., LEJEUNE F., GENTAZ E., DEBILLON T.**, « Communiquer par le toucher avec le nouveau-né prématuré », *Soins Pédiatrie Puériculture*, n°256, p21-23
- BORGHINI A.**, *Un étrange petit inconnu*, Toulouse, ERES, « 1001 bébés », 2008
- BRAZELTON T. B.**, *Echelle de Brazelton, Evaluation du comportement néonatal*, 3ème édition, Médecine & Hygiène, 2001.
- BULLINGER A.**, « Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement », *Contraste* 2/2006 (N° 25).
- BULLINGER A., L' ABSM**, *Les effets de la gravité sur le développement du bébé*, Toulouse, ERES, 1001 bébés, 2015.
- BULLINGER A.**, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, ERES, La vie de l'enfant, 2007.
- CHADZYNSKI D.**, « Bilan sensori-moteur A. Bullinger en psychomotricité. En deçà du mouvement, les modulations toniques et les flux sensoriels », in Catherine Potel Baranes, *Être psychomotricien*, ERES « Trames », 2010, p. 254-272.
- CLEMENT-ASTIER S.**, « L'approche psychomotrice du bébé au sein d'une unité de Psychopathologie Périnatale », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°161, 2010
- DELION P.**, « Comment l'éprouvé sensoriel vient au bébé », *9ème journée d'études Corps et Psyché, Corps et sensorialité, le travail de l'éprouvé*.
- DELION P.**, « Heurs et malheurs de la construction des liens premiers dans la famille. Réflexions psychopathologiques et conséquences institutionnelles », *Collège de psychanalyse Groupale et Familiale, Congrès 2012 : Construire ensemble. Liens premiers, familles, institutions*.
- GAUBERTI M.**, *Mère-enfant : à corps et à vie*. Editions Masson Collection Psychothérapies Corporelles, 1993.
- GRANIER-DEFERRE C., SCHAAL B.**, « Aux sources fœtales des réponses sensorielles et émotionnelles du nouveau-né », *Spirale* 1/2005 (n° 33), p. 21-40
- GRENIER A., HERNANDORENA X.**, « Prévention de la déformation orthopédique des hanches chez le nouveau-né à risque », *Motricité cérébrale*, 1996, n°17, p 136-157.
- GUILLAUME S., MEUSNIER M., GROFF M-A.**, « Les soins de développement pour l'écoute et le respect du prématuré », *Soins Pédiatrie-Puériculture*, n°244, octobre 2008.
- HAAG G.**, « Hypothèses sur la structure rythmique du premier contenant », Gruppo, n°2, 1986.

HAAG G., « La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps », *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1985, p.107-114

HAAG G., « Contribution de la clinique psychanalytique de l'autisme à la connaissance de la structuration du moi corporel », *Pour la recherche*, n°68-69, mars-juin 2011.

HADDERS-ALGRA M., « Motricité spontanée normale et pathologique du jeune nourrisson », *Enfance* 2003/1 (Vol. 55), p. 13-22.

HAMEL F., « Le psychomotricien en néonatalogie », *Thérapie psychomotrice et recherches*, Approches psychomotrices et interdisciplinaires autour du jeune enfant, 2008, n°158.

JARICOT B., « Du corps à corps à sa propre verticalité », *Enfance & Psy* 2006/4, n°33, p 80-91.

JOLY F., LABES G., *Julian de Ajuria Guerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 3, Entre inné et acquis : le bébé et le développement précoce, Edition du Papyrus, 2010.

JOVER M., « Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture », *Le développement psychomoteur du jeune enfant*, Collection Psychomotricité, Solal éditeur, 2000.

KLOECKNER A., « Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon A. Bullinger », *Contraste* 1/2008 (N° 28-29), p. 157-178.

KLOECKNER A., « Les troubles du développement de l'enfant dans la perspective sensorimotrice d'A. Bullinger », *Les enjeux du développement de l'enfant et de l'adolescent*, Toulouse, ERES, «1001 et +».

LAMOUR M., BARRACO M., *Souffrances autour du berceau, des émotions au soin*, Interventions psycho-sociales, Ed. Gaëtan Morin., 1998.

LESAGE B., « Tonus, posture, verticalisation et structuration du sujet », *Thérapie Psychomotrice* n°114-115, 1998, p 138-145.

LESAGE B., Interview de Geneviève HAAG, 2013.

LIVOIR-PETERSEN M-F., « De l'organisme au corps dans l'approche sensori-tonique du développement », *Contraste* 2011/1 (N° 34-35), p. 93-132.

MARIE P., KLOECKNER A., « Soins de soutien au développement et psychomotricité en néonatalogie », *Soins Pédiatrie-Puériculture*, n°252, janvier/février 2010.

MARTEL M-J et MILETTE I., *Les soins du développement, des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*, Editions du CHU Sainte-Justine, 2006.

MARTINET M., « Les soins de soutien au développement, une invitation à l'interaction », *Soins Pédiatrie-Puériculture*, n°256, septembre/octobre 2010.

MELLIER D., CICCONE A., KONICHECKIS A., « Inconscient et culture », *La vie psychique du bébé*, Paris, Dunod, 2012, 288 pages.

MICHEAU Natacha, mémoire de psychomotricité ; Le psychomotricien, à la rencontre du bébé prématuré et de ses parents : Etayage de la parentalité, 2014.

PEREZ MARTINEZ Carla, **BEAL** Elisa, **GROLLEMUND** Bruno, « Le retrait relationnel chez les enfants porteurs d'une fente labio-palatine et l'impact sur les parents. Une revue de la littérature et un protocole de recherche clinique. », *Devenir* 4/2015 (Vol. 27), p. 269-280

ROBERT OUVRAY S., « Porter un enfant, c'est un savoir être », *Métiers de la petite enfance*, 2000, n°59.

ROBERT. OUVRAY S., *L'enfant tonique et sa mère*, édition Desclée De Brouwer, 2007.

SCIALOM. P, GIROMINI F. et ALBARET J-M., *Manuel d'enseignement de Psychomotricité*, collection Psychomotricité, De Boeck-Solal, 2011.

SEBBE Anaël, mémoire de psychomotricité ; Quand l'histoire commence à l'hôpital... l'approche psychomotrice du corps des bébés vulnérables hospitalisés : une réflexion transdisciplinaire, 2011.

SOULARD Juliette, mémoire de psychomotricité ; Le bébé, une personne en devenir. L'approche psychomotrice comme soin préventif pour le bébé vulnérable, 2015.

VAIVRE DOURET L., KHEROUA H., « Développement et organisation de la motricité chez le nourrisson », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* n°7-1994B

VAIVRE DOURET L., *La qualité de vie du nouveau-né*, Odile Jacob, 2003.

VAIVRE-DOURET L., « Prise en compte du corps porteur d'émotion chez les bébés (fragilisés ou non) », *Les émotions (autour) du bébé*, ERES « Hors Collection », 2006, p 149-162.

VASSEUR R., DELION P., *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Toulouse, ERES « 1001 bébés », 2010.

WINNICOTT D. W., « La préoccupation maternelle primaire », *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1969.

SITES INTERNET

GUEGUEN M., site internet d'une psychomotricienne : <http://morganegueguen.free.fr>

LA PSYCHOMOTRICITE AUPRES DES TOUT-PETITS :
<http://psychomot.tout.petit.free.fr/psychomotricite.htm>

ORPHANET, <http://www.orpha.net/>

PERINATALITE, site officiel de la périnatalité : <http://www.perinat-france.org/>

PSYNEM,
http://www.psynem.org/Rubriques/Psychologie_developpementale/Dossiers/Coconous/

SOS PREMA : <http://www.sosprema.com/la-prematurite/>

VIDEO :

« **Un regard sur les bébés** », Echo film B&W, La Croix Rouge Suisse, 1994.

GLOSSAIRE

Âge corrigé : Il est spécifiquement utilisé pour les enfants nés prématurément. Il réfère à l'âge que l'enfant aurait s'il était né à terme ou à la date prévue de l'accouchement. Il permet d'évaluer au plus juste le développement et la maturation de l'enfant prématuré car on soustrait l'âge gestationnel de l'âge équivalent du terme, soit 40 semaines. Cela donne le nombre de semaines de prématurité, qui est alors soustrait à l'âge chronologique pour donner l'âge corrigé. L'âge corrigé est habituellement utilisé jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge chronologique de deux ans, parfois trois. Il peut y avoir effectivement des différences considérables dans les acquisitions jusqu'à cet âge.

Âge gestationnel : Il correspond au temps écoulé entre la conception et la naissance de l'enfant. Il permet de dater l'âge de développement du futur enfant (de l'embryon puis du fœtus) à partir de la date des dernières règles : on parle de semaines d'aménorrhées. Cette période s'étend de la conception jusqu'à la naissance et dure en moyenne 41 SA (date théorique du terme).

Âge réel : Il correspond à l'âge chronologique de l'enfant et on le calcule à partir du jour de naissance.

Anoxo-ischémie : L'anoxie correspond à la diminution importante de la quantité d'oxygène distribuée par le sang aux tissus. On parle d'anoxo-ischémie lorsque l'interruption de tout ou partie de la circulation artérielle provoque une souffrance d'un organe ou d'un tissu cible.

Atrésie de l'œsophage : L'atrésie de l'œsophage est une malformation de l'œsophage présente dès la naissance. L'œsophage est le « tube » qui relie la bouche à l'estomac. Chez les bébés présentant une atrésie de l'œsophage, celui-ci est interrompu et se termine en cul-de-sac : les aliments ou la salive ne peuvent donc pas être amenés dans l'estomac. L'atrésie est le plus souvent associée à une connexion anormale entre l'œsophage et la trachée, qui est le conduit qui mène l'air vers les poumons.

Bronchiolite : La bronchiolite aiguë est une infection virale épidémique saisonnière, survenant chez des enfants de moins de deux ans. Elle correspond à une inflammation aiguë des bronchioles, les plus petits conduits respiratoires des poumons ce qui se caractérise par une obstruction bronchiolaire prédominante accompagnée de sibilants et/ou d'un wheezing (c'est à dire un sifflement caractéristique, très souvent audible à distance mais parfois perçu seulement à l'auscultation). La bronchiolite est très contagieuse, transmise de nourrisson à nourrisson et d'adulte à nourrisson.

CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) ou ventilation en pression positive continue :

Il s'agit d'un mode de support ventilatoire (ou respiration assistée) permettant de traiter certains troubles respiratoires. La ventilation en pression positive continue maintient ouvertes les voies aériennes supérieures lors du cycle respiratoire (inspiration/expiration).

Entérocolite nécrosante : L'entérocolite nécrosante survient surtout chez les enfants prématurés (<34 semaines de gestation) ou de petit poids. Au moment où l'enfant commence à être alimenté par la bouche il développe une nécrose et une perforation intestinale, ce qui provoque la présence de selles dans la cavité abdominale. Dans ce cas la résection de l'intestin malade est nécessaire. Comme le rétablissement de la continuité intestinale s'avère alors trop dangereux, une colostomie ou une iléostomie s'avère souvent nécessaire pour sauver la vie de l'enfant. La stomie sera refermée une fois que l'enfant aura grandi.

Fausse route : Accident dû à l'inhalation dans les voies aériennes de liquide ou de particules alimentaires normalement destinés à l'œsophage.

Gastrostomie : La gastrostomie est une technique qui permet de nourrir artificiellement une personne pour laquelle l'alimentation traditionnelle n'est pas possible. Cela consiste à réaliser, au niveau de l'abdomen, un orifice qui relie l'estomac à l'extérieur.

Hémangiome : Les hémangiomes sont des tumeurs vasculaires, de nature bénigne, qui grandissent rapidement. Ils se développent à partir des cellules qui couvrent la face interne des vaisseaux, appelées cellules endothéliales.

Hood : Cloche en plastique transparente où arrive un mélange d'air et d'oxygène utilisée pour les bébés qui ont besoin d'un supplément d'oxygène. Le hood peut être remplacé par des **lunettes à oxygène**, deux petits tuyaux placés devant les narines de l'enfant.

Ictère : L'ictère du nouveau-né est la coloration jaune de la peau et des muqueuses (couche de cellules recouvrant l'intérieur des organes creux en contact avec l'air).

Iléostomie : Création d'un anus artificiel au niveau de la dernière partie de l'intestin grêle.

Incubateur, ou couveuse : Boîte en plexiglas transparent dans laquelle est placé le bébé. Elle maintient la température de l'enfant autour de 37° et évite la déshydratation car l'atmosphère y est très humide.

Œil de bœuf : Il s'agit d'un disque de carton sur lequel sont représentés des cercles concentriques en noir et blanc. Pour le Dr **AMIEL-TISON**, l'œil de bœuf est le meilleur stimulus pour obtenir une poursuite visuelle dès les premiers jours de vie.

Oesocoloplastie : Opération chirurgicale consistant à remplacer l'oesophage par un segment colique.

Retard de croissance intra-utérin : Cela concerne les bébés dont le poids n'est pas en accord avec l'âge gestationnel et se situe en-dessus du 16^e percentile sur les courbes de Leroy et Lefort.

Score d'Apgar : Le score Apgar est une évaluation de la vitalité d'un nouveau-né au moment de sa naissance. Cinq éléments spécifiques sont évalués : le rythme cardiaque, la respiration, le tonus, la couleur de la peau et la réactivité et sont cotés entre 0 et 2 points. Le résultat maximal est de 10 et indique la meilleure condition de santé possible. En dessous de 7 l'enfant présente une détresse. Il est mesuré deux fois à quelques minutes d'intervalle.

Semaine d'aménorrhée (SA) : Nombre de semaines écoulées depuis que la femme n'a plus ses règles.

Sonde d'intubation : Tuyau introduit par une narine jusque dans la trachée de l'enfant et qui permet, à l'aide du respirateur, de prendre en charge la respiration de l'enfant

Sonde gastrique : Si le nouveau-né ne peut être nourri par tétées, au sein ou au biberon, sa nourriture lui est apportée directement dans l'estomac par un petit tube appelé sonde gastrique. Elle peut être introduite par le nez (sonde naso-gastrique) ou par la bouche. On appelle ce mode d'alimentation entérale, par opposition la nourriture parentérale (par cathéter).

Stomie : Création chirurgicale d'une ouverture qui sert à l'expulsion des selles provenant de l'intestin grêle ou du côlon vers une surface externe du corps, qui est le plus souvent la paroi abdominale. Chez les enfants, la grande majorité des stomies sont temporaires (dans le plan d'un traitement) et éventuellement fermées avec rétablissement de la continuité intestinale (avant l'âge de six mois).

Syndrome de Prader-Willi : Le syndrome de Prader-Willi est une maladie génétique qui se caractérise, à la naissance, par un manque de tonus musculaire (hypotonie) et des difficultés à s'alimenter, puis par une obésité précoce associée à une prise excessive d'aliments (hyperphagie). On peut retrouver comme troubles associés des troubles de la croissance, du développement sexuel, de l'apprentissage et du comportement. La sévérité des manifestations varie beaucoup d'une personne à l'autre. Le syndrome de Prader-Willi est dû à une anomalie génétique, les gènes en cause sont situés sur une partie du chromosome 15 et ne s'expriment pas.

Syndrome polymalformatif : Ensemble de malformations multiples.